

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



“RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE PREVENCIÓN
DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE PEDIATRAS DE LOS HOSPITALES
NIVEL III DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA 2011”.

Tesis Presentada por:

ANA MARISELA ADRIAN CORIPUNA

Para optar el título profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

AREQUIPA - PERÚ

2012

DEDICATORIA

*A Dios, por la vida, por su inmenso amor,
por permitir que cada día pueda ser mejor persona
y ayudarme a seguir cumpliendo mis metas.*

*A mis padres, por ser ejemplos de trabajo,
fortaleza y superación.
Por demostrarme siempre su apoyo incondicional
Y su amor.*

*A mis hermanos, con los he compartido muchas alegrías
desde niños, recibiendo siempre ejemplo de ellos,
por todo el cariño demostrado y el apoyo*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Julio Ernesto Paredes Núñez, por su generosidad, sus palabras de aliento y su ayuda en la conclusión de esta carrera.

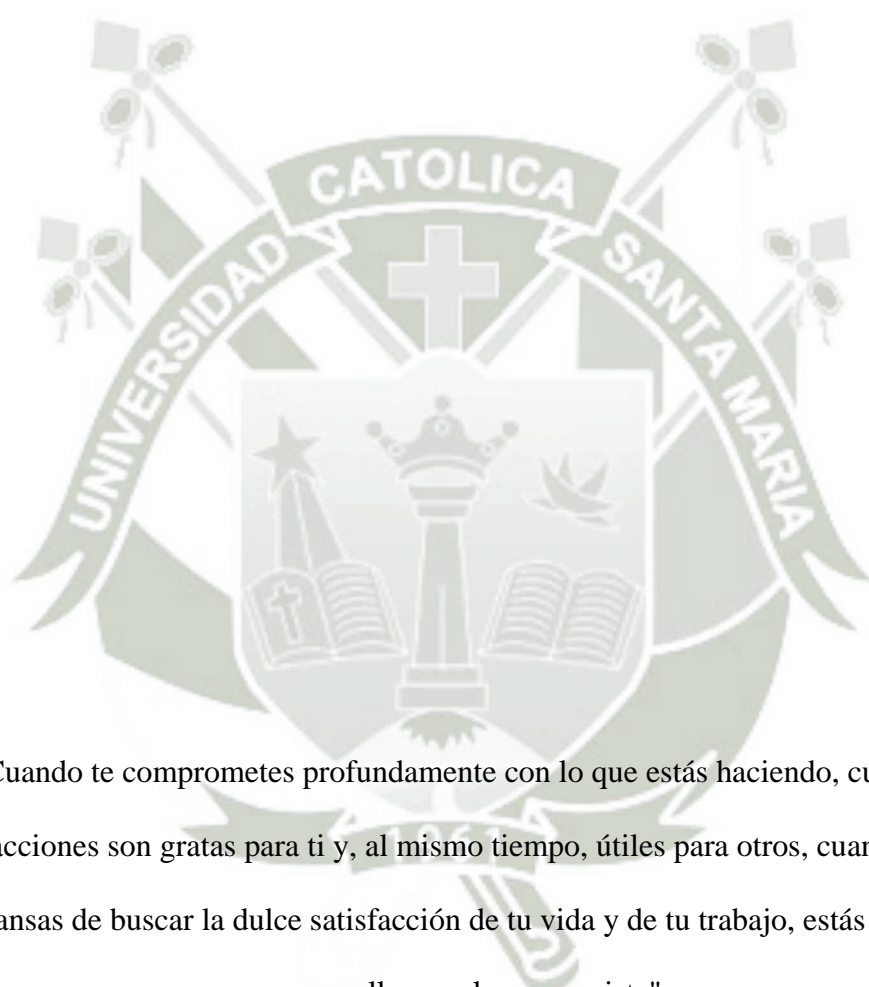
Agradezco al Dr. Otto Suarez por su colaboración y aportes en la realización de esta investigación.

Agradezco a la Dra. Zaida Moya, asesora de mi tesis, por todos los aportes brindados.

Agradezco a cada uno de los docentes de la facultad de Odontología, por todas sus enseñanzas durante la carrera.

Agradezco a mi hermano Javier, por todo su amor y ayuda en la culminación de esta carrera.

Agradezco a Jacky Kosaka y Verónica Torres, por su amistad y apoyo en la Clínica Odontológica.



Cuando te comprometes profundamente con lo que estás haciendo, cuando tus acciones son gratas para ti y, al mismo tiempo, útiles para otros, cuando no te cansas de buscar la dulce satisfacción de tu vida y de tu trabajo, estás haciendo aquello para lo que naciste"

anónimo

RESUMEN

El presente trabajo corresponde a una investigación cuali-cuantitativa, puesto que se evaluó el nivel de conocimientos así como la actitud de los profesionales especialistas en pediatría sobre la prevención de caries de infancia temprana en aquellos que laboraban en los hospitales del 3er nivel de complejidad del gobierno regional de Arequipa, para ello se propuso determinar la relación entre el conocimiento y la actitud, la cual fue de tipo prospectiva y relacional, se realizó durante el año 2011, teniendo un universo de 37 unidades de estudio en ambos hospitales (Hospital Regional Honorio Delgado y Hospital Goyeneche de Arequipa), para lo cual se aplicó una ficha encuesta consistente en tres partes, (generalidades, conocimientos y actitud); concluyendo que en su mayor parte, los pediatras tienen un conocimiento regular (40,54%) y en cuanto a la actitud fue positiva en el 64.87%; en cuanto a la relación del conocimiento y actitud se encontró que no existe correlación (τ de kendall = -0.069 $p > 0.05$), por lo que se recomienda impartir conocimientos sobre caries de infancia temprana a las especialidades relacionadas con la salud bucal así como formalizar un protocolo de atención preventiva en todas las áreas relacionadas con la salud bucal.

SUMMARY

This work belongs to a qualitative and quantitative research, as it assessed the level of knowledge as well as the professional attitude of pediatric specialists on the prevention of early childhood caries in those who worked in hospitals in the 3rd level complexity of the regional government of Arequipa, so they set out to determine that the relationship between knowledge and attitude was prospective and relational, was conducted during the year 2011, taking a universe of 37 units of study in both hospitals (Hospital Honorio Delgado and Goyeneche from Arequipa), for which we applied a survey form consisting of three parts (general, knowledge and attitude), concluding that there is inadequate knowledge (11/37) and good in 29.73% (11/37) the 29.73% and in terms of attitude was indifferent and positive in 35.13% and 64.87% respectively, as to the relation of knowledge and attitude was found that there is no correlation (Kendall tau = -0,069 $p > 0.05$), so provide recommended knowledge on early childhood caries to proprietary related to oral health as well as a formal protocol for preventive care in all areas related to oral health.

INTRODUCCION

El cuidado de la salud bucal debe comenzar desde la infancia y debe ser promovido por todos los profesionales de la salud involucrados con el bienestar del niño.

La caries dental no es sólo la patología bucal más común en Estados Unidos, sino que representa la enfermedad crónica más prevalente en la infancia, lo que se refleja en muchos países como el nuestro.

La caries de la primera infancia afecta al niño menor de 3 años en todo su entorno sistémico y psicosocial. Siendo la prevención, la mejor herramienta para erradicar esta enfermedad, es necesaria la participación del médico pediatra quien se relaciona con el infante mucho antes de la primera consulta odontológica.

El médico pediatra es definitivamente, un recurso valioso en la promoción de la salud oral y prevención de caries de infancia temprana, las que estarán sujetas a su nivel de conocimiento y a la actitud que toman frente a esta enfermedad.

El presente trabajo pretende evaluar la relación entre el conocimiento y la actitud sobre prevención de caries de infancia temprana en los pediatras , dando el primer paso para sugerir que las instituciones y organizaciones de salud pública asuman la responsabilidad en la enseñanza de esta enfermedad, en la formación de los médicos y especialmente en los especialistas en pediatría con el objetivo de reducir la prevalencia de esta enfermedad.

ÍNDICE

RESUMEN.....	V
SUMMARY.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII

CAPITULO I : PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación.....	1
1.1 Determinación del Problema	1
1.2 Enunciado	2
1.3 Descripción del Problema.....	2
1.4 Justificación	3
2. Objetivos.....	4
3. Marco Teórico.....	5
3.1 Conceptos Básicos.....	5
3.2 Antecedentes Investigativos.....	27
4. Hipótesis.....	32

CAPITULO II : PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentación y materiales de verificación.....	34
--	----

2. Campo de verificación.....37
3. Estrategia de recolección datos.....38
4. Estrategia para manejar resultados.....38

CAPITULO III : CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....40

Resultados.....42

Cuadro Nro. 1 : Puntaje obtenido en la encuesta sobre el conocimiento de caries de infancia temprana de pediatras de los hospitales nivel III del gobierno regional de Arequipa 2011.
.....42

Cuadro Nro. 2 : Evaluación del puntaje obtenido en la encuesta sobre el conocimiento de caries de infancia temprana de pediatras de los hospitales nivel III del gobierno regional de Arequipa 2011.
.....44

Cuadro Nro. 3 : Evaluación de la actitud en la encuesta sobre prevención de caries de infancia temprana de pediatras de los hospitales nivel III del gobierno regional de Arequipa 2011.....46

Cuadro Nro. 4 : Calificación de la actitud en la encuesta frente a prevención de caries de infancia temprana de pediatras de los hospitales nivel III del gobierno regional de Arequipa 2011.....48

Cuadro Nro. 5 : Relación entre el conocimiento y los años de experiencia profesional sobre prevención de caries de infancia temprana de pediatras de los hospitales nivel III del gobierno regional de Arequipa 2011.....50

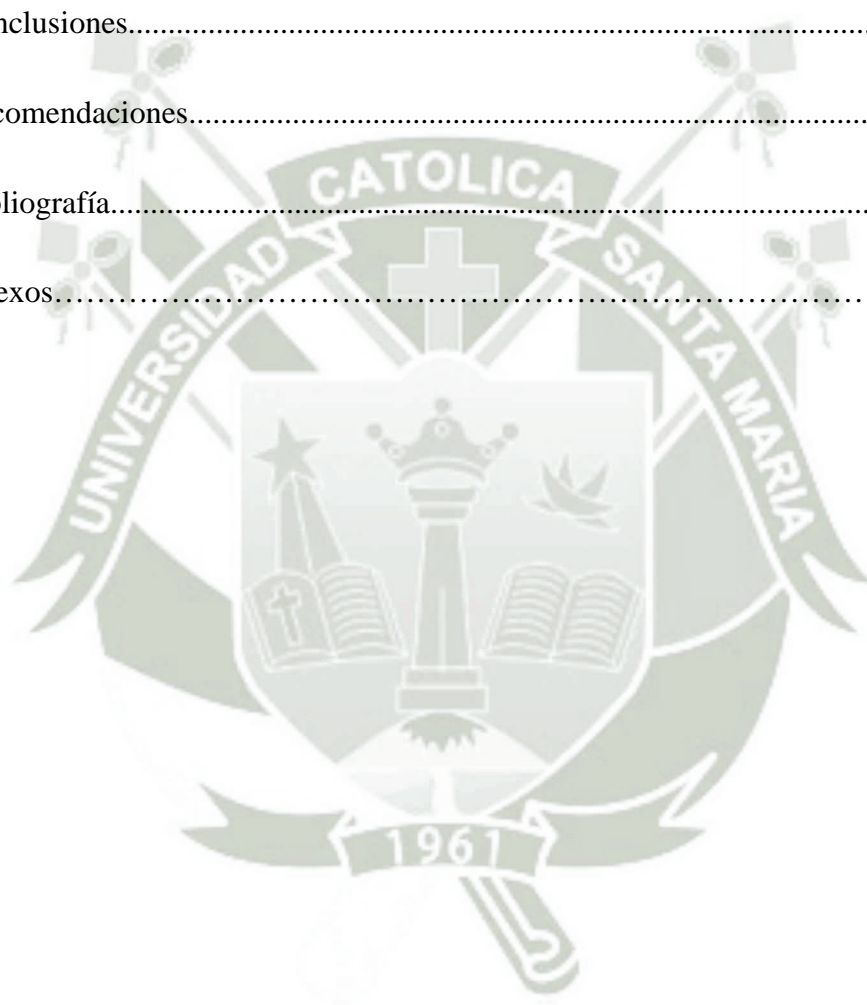
Cuadro Nro. 6 : Relación entre el conocimiento y el centro laboral del profesional sobre prevención de caries de infancia temprana de pediatras de los hospitales nivel III del gobierno regional de Arequipa 2011.....52

Cuadro Nro. 7 : Relación entre la actitud y los años de experiencia profesional sobre prevención de caries de infancia temprana de pediatras de los hospitales nivel III del gobierno regional de Arequipa 2011.....53

Cuadro Nro. 8 : Relación entre la actitud sobre prevención de caries de infancia temprana de pediatras y el centro hospitalario donde laboran en Arequipa 2011.....54

Cuadro Nro. 9 : Relación entre el conocimiento y la actitud sobre prevención de caries de infancia temprana de pediatras de los hospitales nivel III del gobierno regional de Arequipa 2011.....55

Discusión.....	56
Conclusiones.....	59
Recomendaciones.....	60
Bibliografía.....	61
Anexos.....	65





CAPITULO I

PLANTEAMIENTO

TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de la Investigación

1.1. Determinación del problema.

La Salud Bucal es importante para la salud en general, juega un rol preponderante en la nutrición, en el crecimiento y desarrollo del niño, en el correcto lenguaje, en el desarrollo normal de la mandíbula, en la adecuada posición de los dientes permanentes; e influye en la apariencia y el autoestima del niño. La salud bucal contribuye significativamente en la salud general y la calidad de vida del niño.

La consulta al odontólogo, por lo general, ocurre muy tarde en los niños, siendo realizada muchas veces sólo cuando se ha establecido un problema dentario, generalmente cuando el paciente presenta dolor o múltiples lesiones cariosas, lo cual implica tratamientos complejos a una edad muy temprana. Es por ello que el mantenimiento de la salud oral del infante es una responsabilidad no sólo del odontólogo, también de los demás profesionales de la salud que atienden niños (pediatras), puede ayudar a prevenir las consecuencias físicas, psicosociales y económicas que ocasiona la Caries de infancia temprana, con una evaluación adecuada de la cavidad oral, educación y la continua recomendación de asistir a la consulta odontológica, para que el niño reciba a tiempo los cuidados que requiere.

El estudio evalúa la relación entre el conocimiento y la actitud sobre prevención de caries de infancia temprana de los Pediatras, quienes carecen de la motivación sobre la importancia de la salud oral para el niño, hace que esta enfermedad no sea abordada correctamente y genere como consecuencia repercusiones locales y sistémicas; esperando que las instituciones y organizaciones de salud pública asuman el compromiso en la prevención de esta enfermedad y en la repercusión de la salud del infante, interesándose en la permanente capacitación de Pediatras

1.2. Enunciado.

“RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE LOS PEDIATRAS DE LOS HOSPITALES NIVEL III DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA 2011”.

1.3. Descripción

1.3.1. Área del conocimiento.

- Área General : Ciencias de la Salud
- Área Específica : Odontología.
- Especialidad : Odontopediatría
- Tópico : Conocimiento y actitud sobre prevención en caries de infancia temprana

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables.

VARIABLES	INDICADORES	Sub indicadores	Escala
Independiente			
Conocimiento sobre prevención de caries de infancia temprana en pediatras	Evaluación (puntaje)	Deficiente Regular Bueno	Ordinal
Dependiente			
Actitud sobre prevención de caries de infancia temprana en pediatras	Evaluación (puntaje)	Negativa Indiferente Positiva	Ordinal

1.3.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cuál será el conocimiento sobre prevención de Caries de Infancia Temprana en pediatras de los hospitales de tercer nivel del Gobierno Regional de Arequipa 2011?
- ¿Cuál será la actitud sobre prevención de Caries de Infancia Temprana en los pediatras de los hospitales de tercer nivel del Gobierno Regional de Arequipa 2011?
- ¿Cuál será la relación entre el conocimiento y la actitud sobre prevención de Caries de Infancia Temprana en los pediatras de los hospitales de tercer nivel del Gobierno Regional De Arequipa 2011?

1.3.4. Taxonomía de la investigación

ABORDAJE	Tipo de estudio					DISEÑO	NIVEL
	1. Por la técnica de recolección	2. Por el tipo de dato	3. Por el número de mediciones de la variable	4. Por el número de muestras	5. Por el ámbito de recolección		
Cuali cuantitativo	Comunicacional	Prospectivo	Transversal	comparativo	De Campo	Comparativo prospectivo	Cotejamiento

1.4. Justificación

1.4.1. Relevancia científica

Por la información representativa entre el conocimiento de salud bucal sobre las actitudes de prevención en los Pediatras.

1.4.2. Originalidad.

El problema a investigarse posee una originalidad específica, toda vez que el presente estudio no ha sido realizado aun y es menester nuestro contribuir con la ciencia odontológica.

1.4.3. Actualidad.

En la actualidad no hay ningún estudio que evalúe los conocimientos y actitudes de pediatras hacia las condiciones de la salud bucal y demandas de los servicios odontológicos para prevenir la caries a temprana edad. De igual manera tampoco se han llevado a cabo proyectos de educación y concientización enfocados a este grupo de médicos o instituciones de salud pediátrica acerca de este tema.

1.4.4. Factibilidad

La investigación es considerada realizable en cuanto es posible el acceso a las Unidades de Estudio, de tiempo de literatura especializada, de dominio metodológico y eficacia del diseño para conducir la investigación y dar respuesta al problema

1.4.5. Otros criterios

Posee relevancia pragmática porque plantea una solución práctica para abordar el tema de prevención en salud bucal de los infantes de temprana edad.

Finalmente existe especial interés personal y motivación por el esclarecimiento del problema elegido y por la contribución académica al curso de Odontopediatría.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos Generales

- 2.1.1. Determinar el conocimiento sobre prevención de Caries de Infancia Temprana en pediatras de los hospitales de tercer nivel del Gobierno Regional de Arequipa 2011.

- 2.1.2. Determinar la actitud sobre prevención de Caries de Infancia Temprana en los Pediatras de los hospitales de tercer nivel del Gobierno Regional de Arequipa 2011.
- 2.1.3. Determinar la relación entre el conocimiento y la actitud sobre prevención de Caries de Infancia Temprana en los Pediatras de los hospitales de tercer nivel del Gobierno Regional De Arequipa 2011.

3. MARCO TEORICO

3.1. Conceptos Básicos

3.1.1. Salud bucal

El óptimo estado de la boca y normal funcionamiento de los órganos de la boca sin evidencia de enfermedad, es lo que consideramos como salud bucal.

La salud bucal es un componente esencial de la salud durante toda la vida. La mala salud bucal y sin tratar las enfermedades orales y condiciones pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida. Pueden afectar a las necesidades humanas más básicas, incluyendo la capacidad de comer y beber, tragar, mantener una nutrición adecuada, la sonrisa.

Una sonrisa saludable es algo más que algo cosmético. Estudios indican que la salud de sus dientes y encías puede indicar el estado de toda su salud en general. Mala higiene dental se ha aunado a un alto riesgo de algunas enfermedades en adultos. Algunas personas tales como los diabéticos y las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en las encías.

En niños, el problema es igual de serio. La Asociación Dental Americana (ADA siglas en inglés) indica que cuando un niño tiene decaimiento serio dental, puede afectar toda su salud y llevar a problemas al comer, hablar y hasta causar ausencia en la escuela.

3.1.1.1. Medidas preventivas

Higiene Bucal

Se pensaba que con la vejez era natural ir perdiendo la dentadura. Ahora se sabe que esto no es cierto. De acuerdo al Centro Nacional para la Información Sobre la Higiene Bucal, siguiendo algunos pasos sencillos para mantener sus dientes y encías sanas - además de visitar periódicamente al dentista - podrá conservar sus dientes para toda la vida.

Primero ¿qué es la placa? La placa está formada por masas invisibles de gérmenes dañinos que se encuentran en la boca y se pegan a los dientes. Algunos tipos de placa causan las caries dentales. Otros tipos de placa causan enfermedades en las encías.

Por esta razón es importante remover todos los residuos de comida, así como la placa de los dientes. Remueva la placa por lo menos una vez al día - dos veces al día es mucho mejor:

- Use el hilo dental para remover los gérmenes y partículas de comida entre los dientes. ¡Nota! Introduzca el hilo entre los dientes suavemente. No lo 'meta de golpe', esto podría herir las encías. Enjuague.
- Cepillo de dientes. Use cualquier método de cepillar los dientes que le sea más cómodo, pero no los frote con fuerza de un lado a otro. Pequeños movimientos circulares y movimientos cortos de uno a otro lado es lo mejor. Use una pasta dental con fluoruro. El fluoruro protege los dientes contra las caries. Enjuague.

Es también importante evitar los alimentos azucarados. Ácidos dañinos se forman en tu boca cada vez que comes un dulce. Si comes menos dulces, las bacterias producirán cantidades más pequeñas del ácido que destruye el esmalte del diente.

Los sellantes pueden también ser importantes. Los sellantes son capas plásticas, delgadas, que se aplican en las superficies de las

muelas. Los sellantes se pueden colocar en los consultorios de los dentistas, en las clínicas, y algunas veces también en las escuelas. Los sellantes se aplican pintando el diente con un líquido que se endurece rápidamente formando una capa protectora. Los sellantes cubren las superficies masticadoras de las muelas, impidiendo la entrada de gérmenes y partículas de comida que causan las caries dentales.

Tan pronto a los niños les salgan las muelas permanentes se les deben colocar los sellantes, antes que las caries puedan dañarlas. Los adolescentes y los adultos jóvenes que no tengan caries ni empastes (rellenos) en las muelas también pueden obtener sellantes.

Finalmente, vea a su dentista de preferencia, dos veces al año para chequeos. Si el dentista encuentra caries, las caries tiene que ser limpiada por medio de cavar y entonces el diente tiene que ser rellenado. Es importante decirle a su dentista sobre cualquier problema de salud que pueda tener antes de cualquier tratamiento. Ya sea diabetes o cualquier problema del corazón.

3.1.2. Caries de infancia temprana

3.1.2.1. Concepto

La Caries de Infancia Temprana se define como la aparición de cualquier signo de caries dental en cualquier superficie dental durante los tres primeros años de vida. La enfermedad también se ha denominado caries del biberón, caries de la lactancia, etc. La verdadera aparición es incierta de alguna manera, debido a la falta de definición y al hecho que los niños pequeños no siempre cooperan en un examen clínico completo.

Aunque la unidad afectada es la pieza dental, en la caries de infancia temprana, el huésped susceptible es el niño como ser integral.¹

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la Caries de Infancia Temprana a la presencia en dientes temporarios de 1 o más superficies cariadas (cavitadas o no), perdidas (por caries) u obturadas en niños de 71 meses de edad. Por lo que en menores de 3 años de edad cualquier signo de caries en una superficie lisa es diagnosticada como Caries de Infancia Temprana Severa. Los niños con dicha patología tienen mayor probabilidad de tener caries en la dentición permanente. Así mismo, los niños que toman biberón por la noche con leche u otros agentes cariogénicos durante el primer año de vida, tienen mayor susceptibilidad a la enfermedad.²

La caries dental es una enfermedad infecciosa de origen bacteriano no específico de carácter multifactorial que causa la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de las bacterias capaces de fermentar a carbohidratos (teoría acidógena). La caries puede afectar el esmalte, la dentina y el cemento. Esta patología es uno de los padecimientos más frecuentes de los seres humanos que prevalece y la padece el hombre moderno tal vez como producto de la industrialización, la tecnología, y la economía de nuestra sociedad.³

En 1862, Jacobi describió esta enfermedad como caries del lactante⁴. Posteriormente se usó el término Caries de biberón,

¹ Jones K, Tomar S. Estimated Impact of Competing Policy Recommendations for Age of First Dental Visit. *Pediatric* 2005 Apr 1;115(4): 906-914

² Reisine S, Douglass J. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26 (1): 32-44.

³ Mello T, Antunes J. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (3):829-35.

⁴ Chavarro I. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo: Posibles factores asociados. *Pediatría* 2000 Marzo; 35(1): 32-34.

descrito por primera vez por el Dr. Fass en 1962 ⁵ En 1994, el centro de control y prevención de las enfermedades en los Estados Unidos, propuso la utilización de un término menos específico: Caries de la infancia temprana pues la etiología de este patrón de caries no podía ser atribuida solo al biberón. ⁶

3.1.2.2. Etiología

La caries es de naturaleza multifactorial y la relativa importancia de los diversos factores etiológicos puede variar de un niño a otro. No existe un único factor de riesgo o un indicador de riesgo con el suficiente poder predictivo para seleccionar con exactitud a los lactantes en situación de riesgo.

La etiología de la caries del lactante ha sido atribuida a varios factores que incluyen aspectos desde el punto de vista social, cultural, económico, político, étnico, psicológico y biológico, en los que se encuentra inmerso el infante y que no podemos desconocer. Para entender más claramente la etiología, podemos considerar que existe un **huésped susceptible**, (niño-dientes); un **agente causal** que son los microorganismos presentes en el huésped; **un medio ambiente propicio general y específico**; el general dado por las factores sociales y el específico dado por el sustrato de carbohidratos, que en el caso de esta patología va a estar relacionado con el biberón y su contenido y un último factor a considerar es **el tiempo**, que se encargará de determinar la severidad de la enfermedad. ⁷

En un estudio longitudinal prospectivo, se demostró que los productores para el desarrollo de la caries antes de los 3,5 años de edad fueron la colonización por *Streptococcus mutans*, los

⁵Twetman S, García-Godoy . Salud oral del lactante. Editorial Mc Graw Hill Clínicas odontológicas de Norteamérica; 2000. p 123- 127.

⁶ Chavarro I. Obcit

⁷ Onozuka M, Watanabe K, Marbod S. Reduced mastication stimulates impairment of spatial memory and degeneration of hippocampal neurons in aged SAMPS mice. Brain Res. 1999; 826: 148-153.

antecedentes de inmigración, el consumo de dulces, bebidas con azúcar, y la educación de la madre. La probabilidad de presentar caries era del 87% cuando todas estas variables estaban presentes al año de edad. ⁸En la primera infancia, intervienen diversos factores que son únicos para este grupo de edad:

- Microorganismos:
- Colonización temprana por *Streptococcus mutans*.
- Hábitos de higiene oral.
- Sustrato:
- Azúcares en bebidas, leche y fórmulas del lactante al acostarse o a la hora de la siesta .
- Intenso consumo de azúcar a partir de bebidas y alimentos sólidos.
- Biberones, chupetes y hábitos de succión.
- Patrón de tomas prolongadas .
- Huésped:
- Flujo salival escaso por las noches.
- Dientes inmaduros de erupción reciente.
- Sistema de defensa específico e inespecífico inmaduro.
- Alta prevalencia de defectos hipoplásicos en la dentición primaria.
- Enfermedades médicas.
- Variables sociales:
- Educación de los padres.
- Estado socioeconómico.

⁸ Twetman S, García-Godoy . Salud oral del lactante. Editorial Mc Graw Hill Clínicas odontológicas de Norteamérica; 2000. p 123- 127.

Microorganismos

Los microorganismos son indispensables para la iniciación de las caries dental; es así como la cavidad oral del recién nacido no tiene cepas de microorganismos cariogénicos, los cuales se creen son transmitidos de la madre al bebé o de una persona muy cercana a él, mediante la saliva, ya sea por besos o por la utilización de los mismos elementos de alimentación.

El *Streptococcus mutans* es la bacteria más relacionada con la caries dental.

Además, forma parte de los cocos que inician la proliferación de la placa sobre la película del diente. El *Streptococcus mutans* va aumentando a medida que emergen los dientes y es el que se encuentra en mayor proporción en niños con CIT.

Van Houte y Col (1982) realizó un estudio en infantes y encontró que más del 50% de la totalidad de la flora cultivable correspondía al *Streptococcus mutans*, y su concentración en saliva era de un 10%. Los niveles de *Streptococcus mutans* no solamente se encontraban en la lesión cariosa cavitada y en la zona de mancha blanca, sino que también estaban en zonas aledañas a la lesión o en cierta forma distantes a esta.⁹

La Caries de la Infancia Temprana se debe a un mal hábito en la alimentación por exposición frecuente y duradera de los dientes a una fuente de hidratos de carbono refinados, especialmente durante el sueño. Cuando existe un aporte abundante de estos hidratos, se produce un aumento de las cepas cariogénicas: *Streptococcus Mutans* y *Lactobacillus*, que producen, fundamentalmente, ácido láctico más difícil de neutralizar. Un

⁹ Chavarro I. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo: Posibles factores asociados. *Pediatría* 2000 Marzo; 35(1): 32-34

estudio mostró que los *Streptococcus Mutans* constituyen menos del 1% de la flora oral en el niño con bajo índice de caries dental, en comparación con el niño que padece Caries de la Infancia Temprana, en el cual existe del 30 al 50% de estas bacterias. Así mismo, se ha expuesto que niños que son tratados con antibióticos durante periodos prolongados de tiempo, desarrollan menos lesiones cariosas debido a que estos fármacos disminuyen o eliminan las concentraciones de *Streptococcus Mutans*.¹⁰

Otro microorganismo importante es el *Lactobacillus acidophilus*; cuyo papel es mucho más importante en la progresión de la caries que en el inicio de éstas.

En cualquier caso, la asociación de estos dos tipos de bacterias es la que constituye un mayor riesgo de caries.¹¹

Sustrato

Los hábitos dietéticos en la primera infancia son muy importantes no solo por la posibilidad de producir caries, sino también porque son la base para definir los hábitos dietéticos posteriores y constituyen un indicador fundamental del riesgo de caries.¹²

Los carbohidratos de la dieta están generalmente asociados a la formación de la caries dental. Ciertos carbohidratos de la dieta son utilizados por los microorganismos orales (*Streptococcus mutans*) formando una matriz pegajosa de placa que facilita la adhesión de los microorganismos al diente. Los carbohidratos también sirven en la producción de ácidos orgánicos que inician la pérdida de minerales del diente.

¹⁰ Elías Podestá M. Disminuir la prevalencia de caries dental requiere trabajo multidisciplinario. Diario Gestión Médica (serie en Internet) 2004 Oct. Disponible en: <http://www.gestion.com.pe>

¹¹ Chavarro. Obcit.

¹² Iwamoto C. Relación entre la prevalencia de caries dental y el tipo de azúcar consumido en la dieta en una población infantil de 12 a 42 meses de edad que asisten al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Policlínico Santa Rosa y al Policlínico Angamos en Lima, Perú, 1996. Tesis de grado de bachiller, UPCH; 1996

La utilización del biberón con sustancias edulcoradas es la causa más frecuente de Caries de la Infancia Temprana. La enfermedad también puede ocurrir en niños con lactancia materna prolongada y/o hábito de chupete impregnado en sustancias azucaradas.¹³

Lactancia materna.

Correa (1999) afirma que la leche materna constituye el alimento ideal para el recién nacido, Giordano complementa que los lactantes amamantados de forma natural presentan mayor desarrollo de los arcos dentarios, paladar y de otras estructuras faciales respecto a los lactados por biberón.¹⁴

Existe mucha controversia, en parte debido a la falta de suficientes estudios epidemiológicos, con respecto a si la lactancia materna prolongada más allá del año de edad o a demanda, especialmente durante la noche, puede producir caries en el sector anterosuperior.

Se ha afirmado que los niños alimentados con lactancia materna prolongada tienden a establecer hábitos alimentarios no adecuados, lo que constituiría una situación de riesgo para el desarrollo de caries en una edad temprana.¹⁵

Con respecto a la lactancia nocturna, Walter afirma que ésta debe ser exclusiva hasta los 6 meses de edad y libre según requiera, Lobato agrega que solo debe controlarse después de la erupción de los primeros dientes.¹⁶

Lactancia artificial

¹³ Moya de Calderón Z. Caries de la Infancia Temprana. Cultor Odontol. 2000 :6-8. 67.

¹⁴ Correa M. Aleitamento artificial. In : Odontopediatria na primeira infancia . Sao Paulo : Santos; 1999 .

¹⁵ Iwamoto C. Relación entre la prevalencia de caries dental y el tipo de azúcar consumido en la dieta en una población infantil de 12 a 42 meses de edad que asisten al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Policlínico Santa Rosa y al Policlínico Angamos en Lima, Perú, 1996. Tesis de grado de bachiller, UPCH; 1996

¹⁶ Correa M. Aleitamento artificial. In : Odontopediatria na primeira infancia . Sao Paulo : Santos; 1999

El uso del biberón se indica para promover el desarrollo del niño frente a la imposibilidad de la lactancia materna en casos de estrés de la madre, pérdida de estímulo provocados por el cansancio o ansiedad, en casos que la madre fuese portadora de enfermedades transmisibles o cuando hace uso de medicamentos que a través de la leche puedan perjudicar al niño.¹⁷

En la actualidad, todavía no se ha definido la posible cariogenicidad de la leche materna y la leche bovina.

En condiciones dietéticas normales, la leche tiene baja cariogenicidad pese a que su contenido en lactosa representa un potencial poder cariogénico, la presencia de elementos como el calcio, fósforo y proteínas como la caseína, suponen un papel protector.^{18 19 20}

No obstante, algunos autores piensan que los radicales ácidos producidos en el metabolismo de la lactosa presente en la leche humana y bovina pueden desmineralizar el esmalte de los dientes y han observado que la caries se debe al potencial descalcificador de la lactosa.²¹

Bowen y cols.²² analizaron el potencial cariogénico de diversas papillas y leches infantiles, concluyendo que aunque las leches tienen menor poder cariogénico que una solución al 5% de sacarosa, tienen cierto potencial cariogénico (llegando a tener hasta el 30% de esta solución).

¹⁷ Iwamoto C. Obcit.

¹⁸ Walter L, Ferelle A, Issao M. Odontología para o bebé. Sao Paulo: Artes médicas : 1997

¹⁹ Calixto F, Reynaldo W. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. Pesqui Odontol Bras 2001 Jul- Sept; 15(3)

²⁰ Juambeltz J, Kula K, Perman J. Nursing caries and lactose intolerance. J. Dent Child 1993 Nov-Dec: 377-384.

²¹ Reynolds E, Del Río A. Effect of casein and whey-protein solutions on caries experience and feeding patterns of the rat. Arch Oral Biol 1984; 29: 927-933.

²² Bowen W, Pearson S, Rosalen P, Miguel J, Shih A. Assessing the cariogenic potential of some infant formulas, milk and sugar solutions. J Am Dent Assoc 1997; 128:865-71.

En el estudio realizado por Valle y cols. (2001)²³ no se constató ninguna asociación entre la lactancia natural y artificial (sin adición de edulcorantes) con la presencia de caries dental, en tanto fue significativa la asociación entre la enfermedad y el consumo de sacarosa.

En la investigación de Ripa se observa que entre los infantes que fueron alimentados por el biberón había un mayor porcentaje de experiencia de caries, presencia de placa bacteriana visible, elevado consumo de azúcar y baja frecuencia de higiene, en comparación con los infantes que nunca habían tomado biberón o que lo habían hecho por periodos cortos. Además se observó que la relación era más fuerte cuando se incrementaba el tiempo de la lactancia por el biberón y cuando el hábito se daba en forma nocturna. Los resultados de esta investigación sugieren que la lactancia por biberón parece estar asociada a un patrón de comportamiento y de estilo de vida que contribuye a determinar un perfil de alto riesgo de caries.²⁴

Ablactancia

Es el proceso de expansión de la dieta para incluir otras comidas y bebidas aparte de la leche materna (Holt y Moynihan, 1996).²⁵

Según las recomendaciones del grupo de estudios de Coma, estos alimentos deben ser usualmente libres o con bajo contenido de azúcares. Sin embargo la alimentación humana en la actualidad generalmente contiene sacarosa, glucosa, fructosa y lactosa que son utilizados en el metabolismo energético de la

²³ Valle D, Modesto A, Souza I . Hábitos alimentares e prevalencia da doença carie em bebes. Rev Bras Odontol 2001; 58(5): 332-5

²⁴ Ripa, L. Nursing habits and dental decay in infants: Nursing bottle caries. J Dent Child, 1978; 45(4): 274-275.

²⁵ Dilley G, Dilley D, Machen J. Prolonged nursing habit: a profile of patients and their families. J Dent Child 1980; 47: 102-108.

placa dental. Virtualmente, toda comida que contiene carbohidratos provoca un descenso del pH por debajo de 5,5 el cual es un pH crítico para la hidroxiapatita, iniciándose la desmineralización y por tanto el proceso de caries.²⁶

Introducción de azúcares en la dieta

El patrón de consumo de azúcares es establecido precozmente y mantenido durante el primer año de vida.²⁷

El azúcar de la dieta puede ser categorizado como azúcar intrínseco, que está naturalmente integrado dentro de la estructura celular del alimento, representado principalmente por el azúcar de frutas y vegetales; mientras que el azúcar extrínseco es aquel que está libre en la comida o adicionado a ella principalmente a la leche o a los jugos de fruta.²⁸

Villena Sarmiento (1998) identificó el momento en que el azúcar era introducido en la dieta y su frecuencia de consumo en 385 niños de 0 – 36 meses de edad del programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima – Perú. En el 73% de los niños se inició el consumo de azúcar antes de los 6 meses de edad y al cumplir el primer año el 100% ya consumían azúcar en un promedio de 4 – 6 veces al día. Los principales vehículos fueron líquidos y la razón principal fue dar sabor.²⁹

Correa (1999) complementa que el primer contacto directo del bebé con el azúcar se da por medio del biberón, hecho que lo constituye en uno de los factores más importantes en la

²⁶ Dilley G, Dilley D, Machen J. Obcit.

²⁷ Valle D, Modesto A, Souza I. Hábitos alimentares e prevalencia da doença carie em bebês. Rev Bras Odontol 2001; 58(5): 332-5

²⁸ Dilley G, Dilley D, Machen J. Obcit.

²⁹ Villena M. 1994. Introducción del azúcar en la dieta y su frecuencia de consumo en niños de 0 a 36 meses de edad. Tesis para optar el grado de bachiller, UNMSM.

caracterización del riesgo a las lesiones cariosas.³⁰ Se considera que la ingesta prolongada en el biberón de líquidos como los jarabes, los zumos de fruta azucarados y las bebidas carbonatadas constituye un potencial cariogénico mayor que el consumo de cualquier tipo de leche.³¹ Además de los líquidos, los alimentos sólidos endulzados constituyen uno de los factores de riesgo de caries más importantes.

Huésped

Maduración y defectos del esmalte

Durante el periodo de mineralización, las hipocalcemias pueden provocar una hipoplasia lineal del esmalte, que se aprecia sobre todo en las superficies vestibulares de los dientes superiores primarios y es más prevalentes en niños de menor nivel socioeconómico. Se ha reportado un mayor recuento de *Streptococcus mutans* en dientes con defectos del esmalte y se ha demostrado una clara asociación entre la hipoplasia clínicamente visible y la CIT.³²

Factores Salivares

La saliva es el sistema defensivo del huésped más eficaz contra la caries.

Probablemente la ingestión continuada de azúcar durante la noche es uno de los factores más importantes en la CIT pues el flujo salival es menor y por tanto la autólisis es mínima. Los niños que presentan un flujo reducido de saliva (xerostomía) o una mala

³⁰ Correa M. Aleitamento artificial. In : Odontopediatria na primeira infancia . Sao Paulo : Santos; 1999

³¹ Walter L, Ferelle A, Issao M. Odontología para o bebê. Sao Paulo: Artes médicas : 1997

³² Pires dos Santos A, Mendes V. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesqui Odontol Bras* 2002 Jul- Sep; 16 (3): 143-146.

calidad de esta presentan un importante riesgo adicional además de un patrón de caries más agresivo.³³

También refiere que la disminución en los niveles de la saliva nocturna, va a producir en el esmalte una hipomineralización haciendo más susceptible a las caries del lactante.

Factores Inmunológicos

Se conoce que la leche materna contiene niveles elevados de IgA para *Streptococcus mutans*. Aunque no se ha demostrado en humanos la inmunización pasiva a través de la lactancia materna, existen estudios en animales que indican que las crías amamantadas con leche materna con altos niveles de anticuerpos contra *Streptococcus mutans* presentan menor índice de caries.

Factores Sistémicos

Ha sido demostrado la relación entre la CIT y el bajo peso al nacer, las complicaciones en la etapa fetal o las dificultades en el parto. También son importantes los episodios de enfermedad durante la infancia debido probablemente a la predisposición a la hipoplasia del esmalte en esos niños o a la posibilidad que los niños crónicamente enfermos sean reconfortados con biberones endulzados o ingieran a menudo medicamentos edulcorados, lo que resulta grave si se toman a través del biberón. No se han dilucidado los mecanismos que relacionan la malnutrición crónica en países subdesarrollados con una mayor tasa de caries, aunque también podrían estar relacionados con la hipoplasia o con alteraciones de la saliva. Se ha evidenciado que los niños con CIT tienden a pesar menos que los niños sin la enfermedad, una de

³³ Pires dos Santos A. Mendes V. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesqui Odontol Bras* 2002 Jul- Sep; 16 (3): 143-146.

las causas podría ser la dificultad para masticar y el dolor que sienten al comer. Por otro lado, patologías como hendidura del labio y paladar son altamente susceptibles a la caries de los incisivos primarios y se reconocen como de cuidado dental especial.³⁴

3.1.2.3. Tratamiento

El tratamiento de la caries del lactante va a depender de varios factores como, la edad y el comportamiento del niño; la extensión de las lesiones y el grado de cooperación de los padres. El primer paso es identificar, controlar y/o eliminar los factores etiológicos. Para poder llevar a cabo un buen tratamiento es necesario conocer la historia clínica, familiar y social del paciente; un buen diagnóstico médico-estomatológico y social. Partiendo de lo anterior se sabe exactamente que es lo que se requiere y cual va a ser la conducta a seguir con el niño y su núcleo familiar y social, pues en el tratamiento es necesario involucrar a la familia o a las personas encargadas de cuidar al niño.³⁵

El tratamiento debe ir encaminado a modificar los factores de riesgo, con un solo factor que se modifique se reducirán las posibilidades de presentar la patología.

Debe realizarse un análisis de la dieta y los posibles hábitos alimenticios nocivos para corregirlos. Una vez controlados los factores de riesgo se procedería al tratamiento curativo. Inicialmente se realizan procedimientos intensivos de control y limitación de la caries, como la desfocalización, el monitoreo estricto de higiene oral, y por último, se realiza un plan de

³⁴ Chavarro I. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo: Posibles factores asociados. *Pediatría* 2000 Marzo; 35(1): 32-34

³⁵ Reisine S, Douglass M . Pichosocial and behavioral issues in earlychildhood caries. *Com Dent Oral Epidemiol* 1998; 26 : 117-119

tratamiento que contempla toda la parte restaurativa y rehabilitadora.

3.1.3. El rol del pediatra sobre la salud bucal de los infantes

Las guías contemporáneas para el manejo de la enfermedad bucal recomiendan una intervención profesional temprana de modo que se pueda reducir o eliminar los efectos de la enfermedad. Los especialistas en el cuidado directo del infante examinan a los niños varias veces durante los dos primeros años de vida, en estas visitas se evalúa el progreso del desarrollo, se colocan las vacunaciones y se provee consejo a los padres respecto a la nutrición y desarrollo cognitivo del niño. Sin embargo muy raramente se incluye la evaluación de la salud oral como parte de estas consultas médicas.³⁶

La posición del pediatra se considera como única para contribuir a la salud oral de los pacientes por la temprana edad en la cual los niños son llevados a la consulta y porque los padres aceptan y siguen sus recomendaciones con exactitud. Varios estudios indican que el pediatra juega un rol importante en la prevención de la enfermedad bucal, pero ¿Cuán preparados están para asumir la tarea de brindar un consejo apropiado y comprensible sobre prevención en salud oral a los padres de familia?.³⁷ Es importante estudiar el nivel de conocimiento y la actitud de los pediatras sobre caries de la Infancia Temprana, ya que ellos pueden tener un impacto significativo no sólo en la salud oral de este grupo de la población, sino también en la formación de los futuros médicos cuando participan como docentes.³⁸

Existen trabajos que evalúan el rol del pediatra sobre la salud oral en general, en el presente estudio se da un enfoque hacia la Caries de la Infancia Temprana. Si bien existen diversas enfermedades y

³⁶ Savage M, Lee J, Kotch J, Vann W. Early Preventive Dental Visits: Effects on Subsequent Utilization and Costs. *Pediatrics* 2004 Oct 1; 114(4): 418 - 423.

³⁷ Savage M, Lee J, Kotch J, Vann W. Early Preventive Dental Visits: Effects on Subsequent Utilization and Costs. *Pediatrics* 2004 Oct 1; 114(4): 418 - 423.

³⁸ Roses M. La estrategia AIEPI y las Metas del Milenio para el Desarrollo. *Noticias sobre AIEPI* 2003 Mar, 9: 1-3

condiciones que alteran el estado de salud oral, la caries es la enfermedad infecciosa más prevalente en la infancia que causa repercusiones locales y sistémicas importantes y que merece la atención de todos los profesionales de la salud.³⁹

Los resultados nos permiten afirmar que la mayoría de los pediatras presenta un nivel de conocimiento regular sobre la CIT y esto puede explicarse por la ausencia de la enseñanza del tema en la educación médica. Lamentablemente no existe un plan curricular en el pregrado, ni en el residentado en pediatría que incluya la Caries de la Infancia Temprana en sus objetivos de estudio. Los Organismos de Salud Pública en el Perú y las sociedades científicas prestan poco interés hacia los temas de salud oral en los infantes. De otro lado, conferencias, revistas, boletines y afiches hacen escasa referencia a esta patología infantil.⁴⁰

Aunque el pediatra sea el primer profesional de la salud que establece contacto con el bebé, su nivel de conocimientos acerca de las medidas para prevenir la caries dental es insuficiente. Gift y col examinaron el rol de los médicos en la prevención de caries dental, concluyendo que los médicos saben que tienen un papel importante en la prevención de la CD, especialmente en los infantes, también son conscientes del valor de algunas medidas preventivas y frecuentemente toman la iniciativa de proveérselas a sus pacientes, valoraron las actitudes hacia la salud oral y concluyeron que los pediatras no están bien informados en algunos aspectos de la salud oral. La mayoría de pediatras que participaron en esta encuesta reconocieron la necesidad de mejorar su conocimiento en temas odontológicos. Del mismo modo pidieron recibir más información en sus años de estudio en las facultades de medicina,

³⁹ Policy Statement Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home. Section on Pediatric Dentistry. Pediatrics 2003 May ; 111(5): 1113-1116

⁴⁰ Rose M. Obcit.

o incluso en los programas de especialidad y perfeccionamiento profesional.⁴¹

Preisch condujo un estudio en el Hospital Infantil de Columbus, Ohio, entre el staff de pediatras y médicos generales que atendían infantes. Encontró que la mayoría de los médicos examinaban la cavidad oral cuando realizaban el examen físico del niño y que los pediatras lo hacían con más frecuencia que los médicos generales. El tema más conocido entre los pediatras era el de caries dental, sobre la secuencia de erupción dental y los problemas de maloclusión. Por otro lado, la mayoría de los médicos respondió que si mencionaban el tema de la salud oral con los padres, pero solo verbalmente y no en forma continua.⁴²

Con respecto a las actitudes, en la investigación de Saldarriaga (2002) se observa que los médicos remiten muy poco al odontólogo tanto a los niños menores de cinco años como a las mujeres en periodo de gestación a pesar de que los consideran grupos de riesgo para sufrir enfermedades orales. Esta contradicción es muy discutida, quedando la duda si es por falta de tiempo, desconocimiento del tema o simplemente porque no es área de su interés.⁴³

Promoviendo el rol del pediatra en la Salud Oral

La Academia Americana de Pediatría publicó dos guías en Mayo del 2003 puntualizando el rol de los pediatras en la salud oral infantil: Guía para el profesional de la salud sobre el manejo oral pediátrico "A health professional's guide to pediatric oral health management".⁴⁴ y la Guía de medición del riesgo de salud oral "Guide for oral health risk assessment training".⁴⁵ . Estas guías sugieren que los pediatras y los profesionales

⁴¹ Sanchez O, Childers N, Fox L. Physicians' views on pediatric preventive dental care. *Pediatr Dent* 1997 Sept-Oct; 19(6):377-83

⁴² Sanchez O, Childers N, Fox L. *Obcit*

⁴³ Saldarriaga A, Saldarriaga O. El médico general y el Pediatra. *Rev Fed Odontol Colomb* 2002 Oct- Dic ; 204(4): 7-13

⁴⁴ Holt K, Barzel R. A health professional's guide to pediatric oral health management. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC. 2003

⁴⁵ Casamassimo P, Holt K, Guide for oral health risk assessment training. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC. 2003

de la salud que atienden niños deben tener los conocimientos básicos para desarrollar una valoración del riesgo de salud oral en todos sus pacientes comenzando los 6 meses de edad e incluir la evaluación de la salud bucal en las visitas de control del niño sano. Adicionalmente a la AAP, la importancia de la salud oral ha sido enfatizada por la Asociación de Cirugía General en su reporte "Salud Oral en América" y por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades en su publicación "Gente Sana 2010".⁴⁶

Educando a los pediatras en tema de Salud Oral

Para que los pediatras puedan intervenir competentemente en la mejora de la salud oral del niño debe tener el conocimiento adecuado sobre el proceso de la enfermedad, los factores de riesgo, signos, síntomas, prevención y estrategias de intervención. Estos conocimientos requeridos pueden y deben ser impartidos y reforzados a lo largo del proceso de educación y formación profesional.

En el estudio de David Krol, se examinó el contenido de temas de Salud Oral en el proceso educativo de los médicos pediatras en los Estados Unidos. Se revisaron guías médicas actualizadas, artículos científicos publicados en Medline y los sitios Web de las facultades y programas de residentado. Se concluye, que existe un nivel de educación inadecuado en todos los niveles de la profesión (pregrado, postgrado y programas de perfeccionamiento profesional) para formar pediatras con las competencias requeridas para ejercer un papel importante en la salud oral del infante.⁴⁷

Por su parte, la fuente de Pediatría de Colombia reportó que el 75% de los pediatras consideraron como insuficiente su entrenamiento en cuidado dental pediátrico.⁴⁸ Aún asumiendo que los requerimientos

⁴⁶ Mouradian W, Reeves A, Kim S, Evans R, Schaad D, et al. An Oral Health Curriculum for Medical Students at the University of Washington. Acad. Med 2005 May 1; 80(5):434-442.

⁴⁷ David M, Krol M. Educating Pediatricians on children's Oral Health: Past, Present, and future. Pediatrics 2004 May 1; 113 (5) : 487- 492.

⁴⁸ Twetman S, García-Godoy . Salud oral del lactante. Editorial Mc Graw Hill Clínicas odontológicas de Norteamérica; 2000. p 123- 127.

educacionales estén claramente definidos y establecidos, existen algunas otras barreras dentro de la práctica profesional. La barrera más importante es el tiempo. El problema de la limitación del tiempo surge frecuentemente del proceso educativo cuando se trata de introducir o ampliar temas en un plan curricular que ya está establecido y preside de la inclusión de otros temas importantes como la salud oral. Para eso, se necesitan maneras creativas para incorporar temas de salud oral en las clases de medicina y las rotaciones hospitalarias.⁴⁹

3.1.3.1. Conocimiento

El conocimiento es el fundamento teórico y conceptual del desarrollo de la ciencia considerándose como un sistema dinámico que interactúa con una serie de elementos como la teoría, práctica, investigación y educación, que en su conjunto son brindados al profesional, siendo el conocimiento un proceso de evaluación permanente.⁵⁰

El conocimiento transforma todo el material sensible que se recibe del entorno, codificándolo, almacenándolo y recuperándolo en posteriores actitudes y comportamientos adaptativos.⁵¹

La medición del conocimiento

El conocimiento es el aprendizaje adquirido que se puede estimar en una escala que puede ser cualitativa o cuantitativa.

⁴⁹ David M, Krol M. Obcit.

⁵⁰ Holt K, Barzel R. A health professional's guide to pediatric oral health management. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC. 2003

⁵¹ Casamassimo P, Holt K, Guide for oral health risk assessment training. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC. 2003

Escala de estaninos

La escala de estaninos es una escala normalizada de 9 unidades, con media 5 y desviación 2 que sirve para dividir un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y de la naturaleza de las variables.⁵²

Su fórmula:

$$\bar{X} \pm 0.75 (Sx)$$

Donde:

\bar{X} = media

Sx = desviación estándar

a = media – 0.75 (Sx)

b = media + 0.75 (Sx)

a y b son los puntos de corte para clasificar en tres categorías para la distribución de los puntajes

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ----- 1ª categoría (conocimiento deficiente)

De (a + 0.01) hasta (b) ----- 2ª categoría (conocimiento regular)

De (b + 0.01) hasta el puntaje máximo - 3ª categoría (conocimiento bueno)

Clasificando El puntaje en tres categorías:

- Categoría 1ª (conocimiento deficiente)
- Categoría 2ª (conocimiento regular)
- Categoría 3ª (conocimiento bueno)

⁵² Contreras N. Conocimientos y actitudes del medico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima – Perú. Tesis Especialidad en Odontopediatría, UPCH; 2003.

3.1.3.2. Actitud

Las actitudes y el comportamiento

Ander-Egg nos define actitud como “una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”. Además señala la diferencia entre actitud y opinión, la cual constituiría una “posición mental consciente, manifiesta sobre algo o alguien, que no implica disposición a la acción”.^{53 54 55}

Una actitud es una predisposición aprendida para responder conscientemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos.⁵⁶

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos que hacen referencia. Las actitudes solo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en si. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” no como “hechos”⁵⁷

En que casos las actitudes predicen el comportamiento

Los psicólogos sociales están de acuerdo en que las actitudes y las acciones se alimentan mutuamente. Las actitudes podrán predecir el comportamiento si se minimizan otras influencias, si la actitud se corresponde de manera muy estrecha con el comportamiento predicho o si la actitud es fuerte (porque algo nos

⁵³ Mampar García M. Administración de servicios de enfermería. Madrid. Masson Salvat; 1994

⁵⁴ Jones E. Fundamentos de la psicología social. México. Limusa; 1995

⁵⁵ Fernández de Pinedo I. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert (monografía en Internet) Centro de Investigación y Asistencia Técnica – Barcelona. Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm

⁵⁶ Contreras N. Conocimientos y actitudes del medico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima – Perú. Tesis Especialidad en Odontopediatria, UPCH; 2003.

⁵⁷ Ander-Egg E. Introducción a las Técnicas de Investigación Social. 1 ed. Buenos Aires. Humanitas editores; 1978

la recuerde, o porque la hemos adquirido por experiencia directa)⁵⁸

La medición de la actitud

Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas, las cuales son “instrumentos utilizados en las Ciencias Sociales para observar y medir características muy diversas de los fenómenos sociales”⁵⁹

Estas escalas se basan en las respuestas que el sujeto brinda de una serie graduada de ítems, señalando cuales de aquellos son los que agrada o prefiere.

Existen varios tipos de escalas: las de ordenación de punto, comparaciones binarias, las de intensidad y las de distancia social; pero las más formalizadas son las Thurstone, Guttman y Lickert.⁶⁰

3.2. Antecedentes Investigativos

Título: Estimación del Impacto de la política de prevención por edades en la primera visita odontológica.

Autor: Jones K, Tomar S. (2005)⁶¹

Resumen: Compararon los niveles de demanda de los servicios odontológicos así como el número de lesiones cariosas no tratadas en niños de 1 a 3 años sometidos a 2 protocolos distintos de atención del infante: uno sugerido por la Academia Americana de Odontología Pediátrica, denominado DENT, en el que los Pediatras remiten a todos los pacientes infantes al odontólogo para una

⁵⁸ Fernández de Pinedo I. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert (monografía en Internet) Centro de Investigación y Asistencia Técnica – Barcelona. Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm

⁵⁹ Fernández de Pinedo I. Obcit.

⁶⁰ Fernández de Pinedo I. Obcit.

⁶¹ Jones K, Tomar S. Estimated Impact of Competing Policy Recommendations for Age of First Dental Visit. Pediatric 2005 Apr 1;115(4): 906-914

revisión temprana; y el segundo sugerido por la Academia Americana de Pediatría(AAP) denominado PED, en el que los pediatras (previo entrenamiento) brindan asesoramiento sobre prevención de caries, examinan la cavidad bucal y hacen la referencia al odontólogo solo a los niños con alto riesgo o que presentan la enfermedad. Se obtiene que con el sistema PED, la demanda y las superficies con lesiones cariosas se reducirían a un 11% y a 0.47% superficies respectivamente. Con la implementación del sistema DENT, las superficies con lesión cariosa no tratadas se incrementarían a 0.63. Se concluye que la implementación del sistema PED lograría una importante disminución de lesiones cariosas no tratadas mientras que con el sistema DENT, la enfermedad se incrementaría.

Título: Plan curricular de salud oral para estudiantes de medicina en la Universidad de Washington

Autor: Mouradian W. Reeves A y cols (2005)⁶²

Resumen: Los médicos podrían ayudar a prevenir la enfermedad oral, pero carecen del conocimiento para lograrlo. Los autores pretenden crear un plan curricular de salud oral para los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, Estados Unidos. Se hizo una revisión de la evidencia actual de entrenamiento en salud oral que reciben los médicos y estudiantes de medicina, se formularon objetivos y competencias para el aprendizaje sobre salud oral y por último se identificó el contenido actual sobre salud oral en el plan curricular actual de pregrado y las oportunidades que habrían para incluir información adicional sobre este tema. Los autores identificaron un número muy reducido de artículos científicos en Medline sobre la enseñanza de salud oral a los estudiantes de medicina.

Se encontró que en los exámenes de licencia médica se requiere conocimientos clínicos específicos de desórdenes dentales, sin embargo el Comité de Educación Médica no pone ninguna atención al tema en sus publicaciones. Finalmente, los autores desarrollan cinco temas de aprendizaje

⁶² Mouradian W, Reeves A, Kim S, Evans R, Schaad D, et al. An Oral Health Curriculum for Medical Students at the University of Washington. Acad. Med 2005 May 1; 80(5):434-442

en salud oral: odontología comunitaria, caries, enfermedad periodontal, interacción entre salud oral y sistémica.

Título: Educación de los pediatras sobre salud oral en niños: pasado, presenta y futuro.

Autor: David M, Krol M (2004)⁶³

Resumen: Este estudio determina la preparación de los Pediatras para mejorar la salud oral de los infantes. Se revisaron guías médicas actualizadas, programas, encuestas, y experiencias pediátricas en salud oral en los niveles de pregrado, postgrado, cursos de especialización, etc. Los resultados reflejan que aunque algunas escuelas y programas de residentado incluyen a la salud oral en su currícula, esta práctica no es generalizada. Las organizaciones profesionales como la Asociación de Facultades de Medicina, el Consejo de Educación en Medicina Pediátrica y la Asociación de Directores de los Programas de Pediatría no incluyen a la salud oral en los temas clave para las guías y encuestas que realizan y promueven. En los dos últimos años se han publicado artículos que evalúan el rol del pediatra en la salud oral en las revistas Pediatrics in Review, Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, y Current Opinion in Pediatrics, además un suplemento completo de la revista Pediatric Clinics of North America fue dedicado a la salud oral en los infantes.

Se concluye que el entrenamiento de los pediatras en salud oral en todos los niveles de la formación médica es insuficiente.

Título: Visita odontológicas como prevención temprana: efectos y consecuencias sobre utilización y costos

Autor: Savage M, Lee J, Kotch J, Vann W (2004)⁶⁴

Resumen: Pretendieron determinar los efectos de las visitas dentales preventivas a edades tempranas sobre la posterior utilización y costos de los servicios odontológicos entre los niños preescolares. El estudio involucró un

⁶³ David M, Krol M. Educating Pediatricians on children's Oral Health: Past, Present, and future. Pediatrics 2004 May 1; 113 (5) : 487-492

⁶⁴ Savage M, Lee J, Kotch J, Vann W. Early Preventive Dental Visits: Effects on Subsequent Utilization and Costs. Pediatrics 2004 Oct 1; 114(4): 418 - 423

seguimiento de 5 años a 53591 niños de Carolina del Norte, inscritos en el programa Medicaid. Los resultados indican que el 27% tuvo su primera visita antes de los 5 años, el 18% tuvo al menos una consulta para tratamiento restaurativo antes de los 5 años y el 14% acudió por lo menos una vez para tratamiento de urgencia. De los pacientes que tuvieron su primera visita antes de los 5 años, 0.24% tuvieron su primera visita antes del año, 2.7% entre 1 a 2 años, 5.1% entre los 2 y 3 años, 9.9% entre 3 y 4 años y 8.9% entre 4 y 5 años. Los niños que tuvieron su primera visita a la edad de 1 año eran más propensos de requerir tratamientos preventivos y de control, con bajos costos. Mientras que los niños que la habían tenido entre los 2 y 3 años, regresaban a la consulta para tratamientos restauradores o de urgencia, con costos mayores. El promedio de los costos de los tratamientos por niño fue: en el grupo de los niños con visitas antes del año \$262; de 1 a 2 años \$ 339; de 2 a 3 años \$ 449 y de 4 a 5 años \$ 546. Se concluye que los niños asegurados en Medicaid que tuvieron visitas odontológicas preventivas a una edad temprana, eran más probables de acudir para tratamientos preventivos subsecuentes de bajo costo.

Título: Conocimientos y actitudes del Pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante.

Autor: Contreras N. (2003)⁶⁵

Resumen: En este estudio se evaluó los conocimientos y actitud de 24 Pediatras de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Se realizaron cuestionarios obteniéndose los siguientes resultados: el 33,3% tenían un buen conocimiento, 29,7% un conocimiento regular y 37,5% un conocimiento deficiente. En relación a las actitudes el 45,8% presentó una actitud adecuada y el 54,2% una actitud inadecuada. Los puntos menos conocidos por los pediatras fueron: la transmisibilidad, la lactancia materna y lactancia nocturna como factores de riesgo de caries dental; y los efectos adversos del flúor cuando es administrado incorrectamente. Dentro de la actitud inadecuada resaltaron: la recomendación sobre el inicio del destete y el

⁶⁵ Contreras N. Conocimientos y actitudes del Pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima – Perú. Tesis Especialidad en Odontopediatría, UPCH; 2003

retiro definitivo de la lactancia materna y el biberón. Se encontró una diferencia significativa del nivel de conocimiento según tiempo de ejercicio profesional, no se encontró una relación entre conocimientos y actitud. Se concluye que existe conocimiento deficiente y actitud inadecuada de los pediatras de la ciudad de Huancayo en relación de la salud bucal sobre la Caries de Infancia Temprana menciona que una importante medida preventiva, sería identificar los niños con alto riesgo dental a una edad temprana, incluso identificando el riesgo de caries en la embarazada. De modo que se apliquen estrategias como educación sobre salud oral a la embarazada, modificación de malos hábitos y finalmente el establecimiento de un programa de atención odontológica a los infantes desde el primer año de vida.

Título: El médico general y el Pediatra

Autor: Saldarriaga A, Saldarriaga O. 2002⁶⁶

Resumen: Estudian los conocimientos y prácticas de los médicos generales y pediatras en la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad en niños menores de 5 años y mujeres en gestación. La muestra incluyó 389 médicos de la ciudad de Medellín a quienes se les realizó una encuesta. En los resultados, el 93.4% de los médicos manifestó la necesidad de recibir capacitación en salud oral. El 91.6% de los médicos manifiestan que revisan la cavidad oral durante la consulta; el 53.9% realiza prácticas de promoción y prevención. Se concluye la necesidad de mayor información para que su intervención pueda ser un recurso en la promoción y prevención de la salud oral.

Título: El rol del médico pediatra en la salud oral infantil.

Autor: Lewis C, Grossman D, Domoto P, Deyo R (2000)⁶⁷

Resumen: El estudio valora el conocimiento, actitud y la experiencia profesional de los pediatras con respecto a la salud oral y a su vez determina si existe el deseo de incorporar la aplicación del barniz de flúor en sus consultas . Se realizó un cuestionario a 1600 pediatras de la Asociación Americana de

⁶⁶ Saldarriaga A, Saldarriaga O. El médico general y el Pediatra. Rev Fed Odontol Colomb 2002 Oct- Dic ; 204(4): 7- 13

⁶⁷ Lewis C, Grossman D, Domoto P, Deyo R. The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. Pediatrics. 2000 Dec; 106(6):84-88

Medicina. El porcentaje de respuesta fue del 62%. Los médicos reportaron ver problemas dentales regularmente. Dos tercios observaron caries en sus pacientes de edad escolar al menos una vez al mes, 55% reportaron dificultad para referir al odontólogo a sus pacientes no asegurados. Más del 90% aceptaban que tenían un rol importante en identificar los problemas dentales y aconsejar a los padres sobre la prevención de caries dental. El 74% expresó una buena disposición para aplicar barniz de flúor en sus consultas de rutina. Por otro lado, el 50% reportó no haber recibido un previo entrenamiento en salud oral durante su formación universitaria o residency y solo el 9% respondió correctamente el cuestionario de medición de conocimientos. Se concluye que la mayoría de los pediatras reconocen su rol y ya ofrecen la asesoría temprana a sus pacientes. Sin embargo, la falta de conocimientos actualizados y la dificultad para referir a sus pacientes donde el odontólogo ponen en cuestionamiento el rol efectivo de estos pediatras en la promoción de la salud oral.

4. HIPÓTESIS

Dado que el nivel de conocimiento sobre caries de infancia temprana en los pediatras, es mínimo **es probable que**, la actitud sobre su prevención y manejo dietético incremente el riesgo de la enfermedad.



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica.

Observación clínica

a) Esquematización:

Variables Investigadas	Técnica	Instrumento
Conocimiento sobre caries de inicio temprano	Comunicacional	Encuesta
Actitud sobre prevención de caries de inicio temprano	Comunicacional	Encuesta

b) **Procedimiento:**

Para la realización del presente trabajo se encuestará a los 37 pediatras quienes laboran en los hospitales de tercer nivel de atención pertenecientes al gobierno regional de Arequipa, quienes deberán aceptar su participación.

A	Honorio Delgado Espinoza
B	Goyeneche

A los cuales se aplicará el instrumento, el mismo que será en forma anónima.

La estructura del cuestionario consta de las siguientes partes:

1ª parte: Generalidades, incluye datos del profesional como número de años de servicio, y hospital en el que labora.

2ª parte: Conocimientos, consta de 10 preguntas cerradas (de respuesta múltiple), divididas en 4 grupos, cada grupo corresponde a uno de los temas que el médico pediatra debe conocer sobre caries de la infancia temprana y que están planteadas en el presente estudio: Etiología, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento y Repercusión Sistémica. Cada pregunta tiene 5 alternativas de respuesta, siendo una de ellas la correcta. Las alternativas serán codificadas de la siguiente manera:

- Respuesta correcta: 2 puntos - Respuesta incorrecta: 0 puntos

Haciendo un total de 20 puntos.

Para agrupar el puntaje se aplicará la escala de estaninos,

La escala de estaninos es una escala normalizada de 9 unidades, con media 5 y desviación 2 que sirve para dividir un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y de la naturaleza de las variables.

Su fórmula:

$$\bar{X} \pm 0.75 (Sx)$$

Donde:

\bar{X} = media

Sx = desviación estándar

$$a = \text{media} - 0.75 (Sx)$$

$$b = \text{media} + 0.75 (Sx)$$

a y b son los puntos de corte para clasificar en tres categorías para la distribución de los puntajes

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ----- 1ª categoría (conocimiento deficiente)

De (a + 0.01) hasta (b) ----- 2ª categoría (conocimiento regular)

De (b + 0.01) hasta el puntaje máximo - 3ª categoría (conocimiento bueno)

Clasificando El puntaje en tres categorías:

- Categoría 1ª (conocimiento deficiente)
- Categoría 2ª (conocimiento regular)
- Categoría 3ª (conocimiento bueno)

3ª parte: Actitudes, consta de 6 enunciados orientados a evaluar la actitud. Cada enunciado con cinco alternativas de respuesta:

- Totalmente de acuerdo (5ptos)
- De acuerdo (4 ptos)
- Indiferente (3 ptos)
- En desacuerdo (2 ptos)
- Totalmente en desacuerdo (1 pto)

Para la valoración de los enunciados se considera el puntaje dado a la escala de Lickert de la cual se obtendrá tres niveles de actitudes.

1º nivel: actitud negativa

2º nivel: actitud indiferente

3º nivel: actitud positiva

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumentos documentales.

Para la recolección de información se usara cuestionario de recolección de datos

1.2.2. Instrumento para investigar.

- Cuestionario

1.2.3. Materiales

- Útiles de Escritorio
- Lapicero

- Computadora
- Cámara fotográfica

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

- Ámbito General : Arequipa
- Ámbito Específico: Hospitales de III nivel del gobierno regional de Arequipa

2.2. Ubicación Temporal

- La investigación abarca de Julio a Diciembre del presente año.

2.3. Unidades de Estudio

Se encuestará al total de los pediatras de los hospitales de III nivel del Gobierno Regional de Arequipa.

Se trabajará con toda la población

ítem	Hospital	Pediatras
1	Honorio Delgado Espinoza	26
2	Goyeneche	11
	Total	37

Criterios de inclusión:

- Pediatras que acepten la entrevista para realizar el cuestionario.

Criterios de exclusión:

- Pediatras que no concluyan con la entrevista

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Autorización mediante una solicitud presentada al Director del hospital Honorio Delgado Espinoza .
- Autorización mediante una solicitud presentada al Director del hospital Goyeneche.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos.

- Investigadora : Ana Marisela Adrián Coripuna
- Asesor: Dra. Zaida Moya

3.2.2. Recursos Físicos

- Infraestructura de los establecimientos especializados
- Biblioteca de la Universidad Católica Santa Maria

3.2.3. Recursos Económicos

- Propios del investigador.

3.2.4. Recursos Institucionales

- Universidad Católica de Santa María-Arequipa.

3.3. Validación del Instrumento.

Se realizará alfa de cronbach

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1. A Nivel de Sistematización

Tipo de procesamiento:

Los datos serán procesados de manera electrónica (paquete estadístico SPSS 16.0 for windows)

- Clasificación :

- Una vez aplicados los instrumentos, la información será ordenada en una matriz de sistematización de doble entrada

- Recuento:

Se usará el paquete estadístico

- Tabulación:

Se emplearán cuadros titulares y numéricas

- Graficación:

Se emplearan gráficos de barras comparativas.

4.1.1. Estudio de los Datos

La estrategia asumirá la siguiente metodología :

- Jerarquización de los datos
- Apreciación crítica

4.2. A Nivel de Conclusión

Se realizaran conclusiones de acuerdo a la hipótesis y objetivos planteados en el trabajo de investigación.

4.3. A Nivel de Recomendaciones

- Forma:

Se establecerán sugerencias en base a los resultados y a las conclusiones del trabajo de investigación

- Orientación:

- A nivel de formación profesional.
- A nivel de ejercicio profesional.
- A nivel de la línea de investigación.
- A nivel de la aplicación práctica.

III. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica	X	X	X	X												
Presentación del Proyecto De investigación					X	X										
Recolección de datos									X	X	X	X				
Procesamiento de datos												X				
Análisis de resultados													X	X		
Presentación del informe															X	X



CAPITULO III

RESULTADOS

RESULTADOS

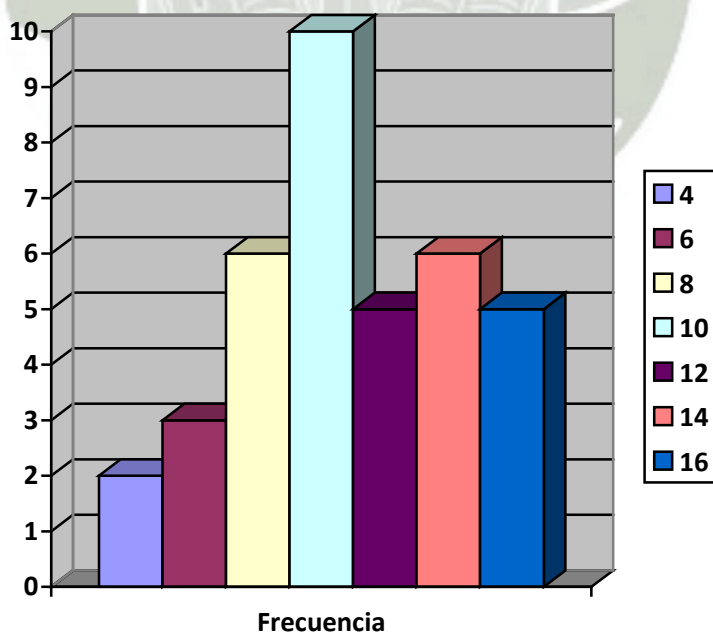
CUADRO No. 1

PUNTAJE OBTENIDO EN LA ENCUESTA SOBRE EL CONOCIMIENTO DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE PEDIATRAS DE LOS HOSPITALES NIVEL III DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA 2011

Puntaje obtenido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
4	2	5,40%	5,40%
6	3	8,10%	13,50%
8	6	16,22%	29,72%
10	10	27,03%	56,75%
12	5	13,51%	70,26%
14	6	16,22%	86,48%
16	5	13,51%	100,00%
Total	37	100.00%	

Fuente: matriz de recolección de datos

GRAFICO N° 1



Como podemos apreciar en el presente cuadro, en el cual se identifica el puntaje obtenido según la encuesta formulada a los pediatras, en lo que respecta al conocimiento sobre caries de inicio temprano habiendo obtenido 4 puntos en dos casos como puntaje mas bajo y habiendo logrado 16 puntos 5 médicos los puntajes mas altos, el 27% de médicos obtuvieron un puntaje de 10 puntos, que ha sido categorizado como regular según la escala de estaninos.



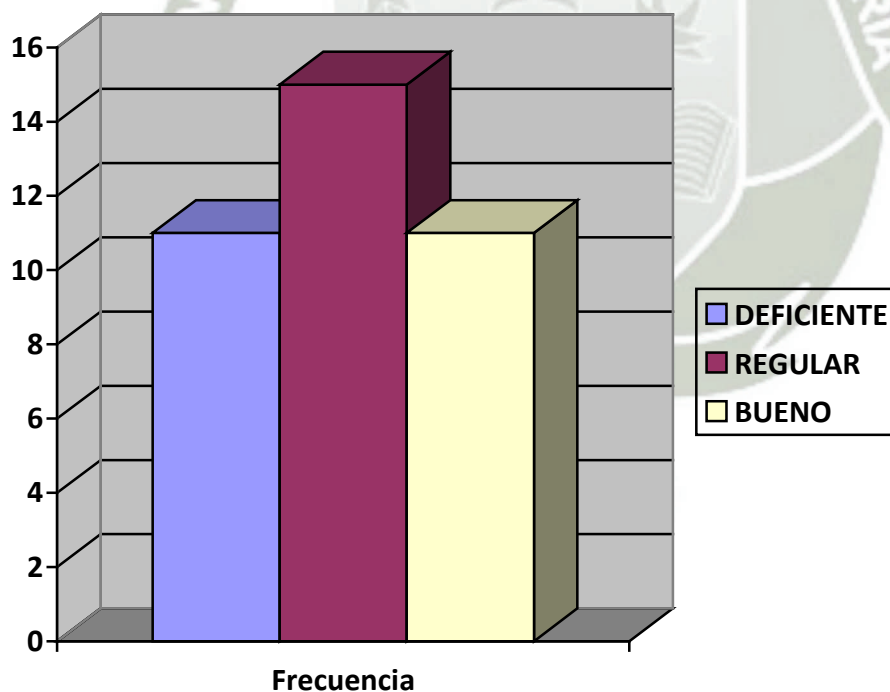
CUADRO No. 2

**EVALUACION DEL PUNTAJE OBTENIDO EN LA ENCUESTA SOBRE EL
CONOCIMIENTO DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE PEDIATRAS DE LOS
HOSPITALES NIVEL III DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA 2011**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deficiente	11	29,73%	29,73%
Regular	15	40,54%	70,27%
Bueno	11	29,73%	100,00%
Total	37	100,00%	

Fuente: matriz de recolección de datos

GRAFICO 2



En el presente cuadro podemos apreciar la calificación obtenida luego de la aplicación de encuesta sobre conocimiento de caries de infancia temprana, para lo cual se aplicó la escala de estaninos de la siguiente forma:

$$\bar{X} \pm 0.75 (Sx)$$

Donde:

$$\bar{X} = \text{media} = 10.756$$

$$Sx = \text{desviación estándar} = 3.41$$

$$a = \text{media} - 0.75 (Sx) = 10.756 - (0.75 \cdot 3.41) = 8.198$$

$$b = \text{media} + 0.75 (Sx) = 10.756 + (0.75 \cdot 3.41) = 13.31$$

a y b son los puntos de corte para clasificar en tres categorías para la distribución de los puntajes.

Por lo tanto para calificarlos se tomó los puntos de corte a y b, entonces menos de 8.198 corresponde a deficiente, entre 8.199 y 13.30 a regular y de 13.31 a mas corresponde a bueno.

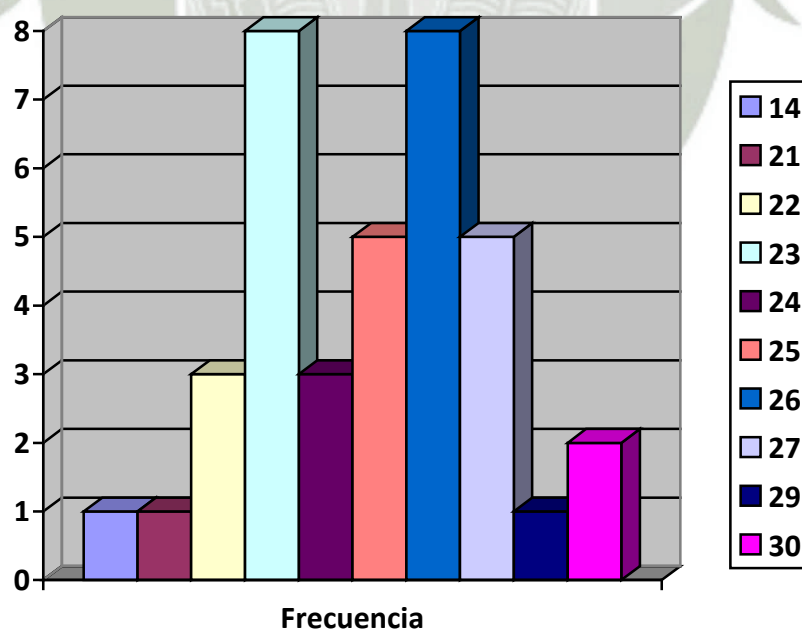
Habiendo obtenido regular el 40.5% y 29.7% tanto para deficiente como bueno.

CUADRO No. 3

**EVALUACION DE LA ACTITUD EN LA ENCUESTA SOBRE PREVENCION DE
CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE PEDIATRAS DE LOS HOSPITALES NIVEL
III DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA 2011**

Actitud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14	1	2,70	2,70
21	1	2,70	5,40
22	3	8,11	13,51
23	8	21,62	35,13
24	3	8,10	43,23
25	5	13,51	56,74
26	8	21,62	78,36
27	5	13,51	91,87
29	1	2,70	94,57
30	2	5,41	100,0
Total	37	100,0	

Fuente: matriz de recolección de datos

GRAFICO 3


Para la evaluación de la actitud de los médicos pediatras, se aplicó la escala de Lickert consistente en 6 preguntas dándoles puntajes que van desde 1 a 5 equivalente de totalmente en desacuerdo pasando por indiferente hasta totalmente de acuerdo; luego del cual se obtuvo puntajes que llegaron hasta 30 puntos con una frecuencia de 2 médicos siendo estos el 5.4%.



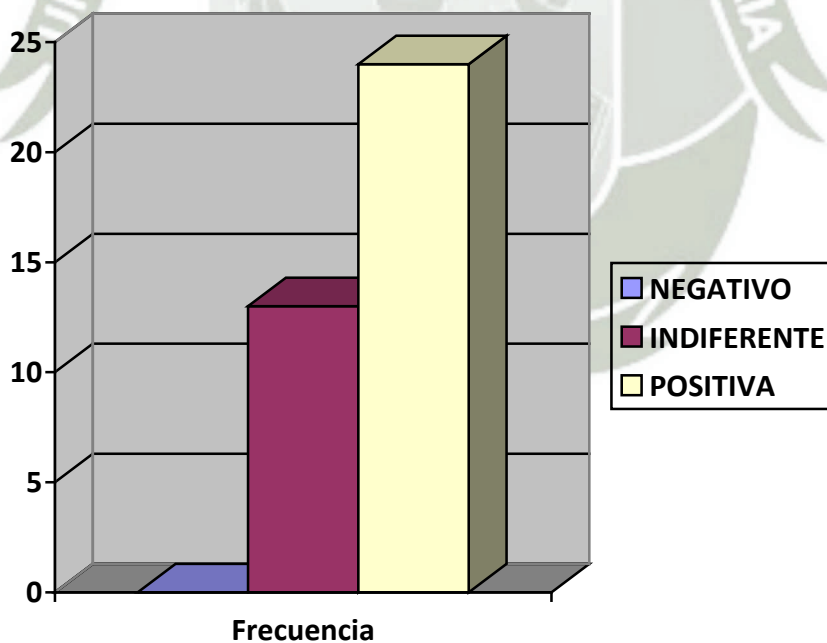
CUADRO No. 4

**CALIFICACION DE LA ACTITUD EN LA ENCUESTA FRENTE A PREVENCION DE
CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE PEDIATRAS DE LOS HOSPITALES NIVEL
III DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA 2011**

Actitud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Negativo	0	0	0
Indiferente	13	35,13	35.13
Positiva	24	64.87	100,00
Total	37	100,00	

Fuente: matriz de recolección de datos

GRAFICO 4



En el presente cuadro podemos apreciar la calificación obtenida luego de la aplicación de encuesta sobre actitud sobre prevención de caries de infancia temprana, para lo cual se aplicó la escala de Likert, habiendo sido un total de 6 preguntas, las mismas que se les dio un valor de 1 a 5 puntos siendo 1 el que califica la actitud como negativo y 5 la actitud mas positiva, por lo que si los agrupamos tendríamos que los puntajes menores de 12 tendrían una actitud más cercana a lo negativo y para los puntajes mayores o iguales de 24 tendrían una actitud mas positiva.

Habiendo obtenido los siguientes resultados: ningún medico fue catalogado con actitud negativa, y el 64.87% tuvo una actitud positiva frente a la prevención de caries de infancia temprana, e indiferente en el 35.13%.



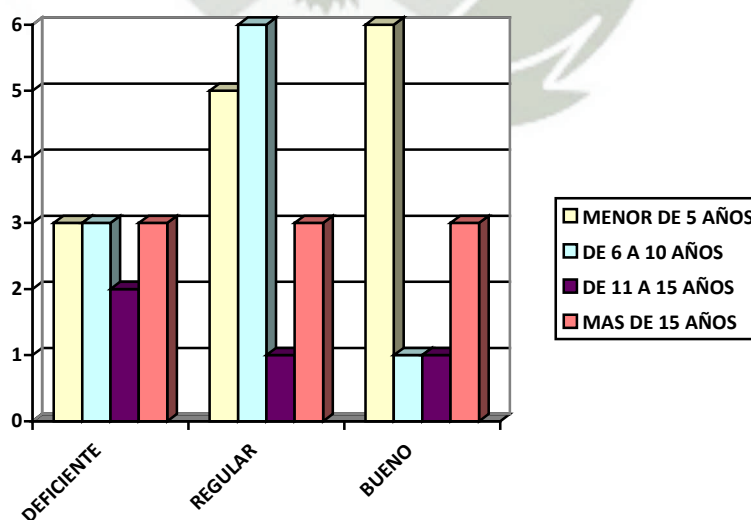
CUADRO No. 5

RELACION ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE PEDIATRAS DE LOS HOSPITALES NIVEL III DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA 2011.

AÑOS DE EXPERIENCIA	CONOCIMIENTO						Total	
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO			
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%
MENOR DE 5 AÑOS	3	8.11	5	13.51	6	16.22	14	37.84
DE 6 A 10 AÑOS	3	8.11	6	16.22	1	2.70	10	27.03
DE 11 A 15 AÑOS	2	5.41	1	2.70	1	2.70	4	10.81
MAS DE 15 AÑOS	3	8.11	3	8.11	3	8.11	9	24.32
Total	11	29.73	15	40.54	11	29.73	37	100.00

Fuente: Matriz de recolección de datos

Estadístico **Valor** **P**
Tau de Kendall -0.134 0.381

GRAFICO 5


Como podemos apreciar en el presente cuadro, entre el conocimiento y los años de experiencia del médico pediatra, el 37.84% que eran los que tuvieron menos de 5 años de experiencia, 6 médicos fueron evaluados con conocimiento “bueno”. Los médicos con mas de 15 años de experiencia fueron 9 (24%), habiendo sido evaluados como deficiente, regular y bueno 3 por categoría.

Según el estadígrafo Tau de Kendall se puede inferir que con una $p > 0.05$ no existe correlación entre los años de experiencia y los conocimientos sobre caries de infancia temprana



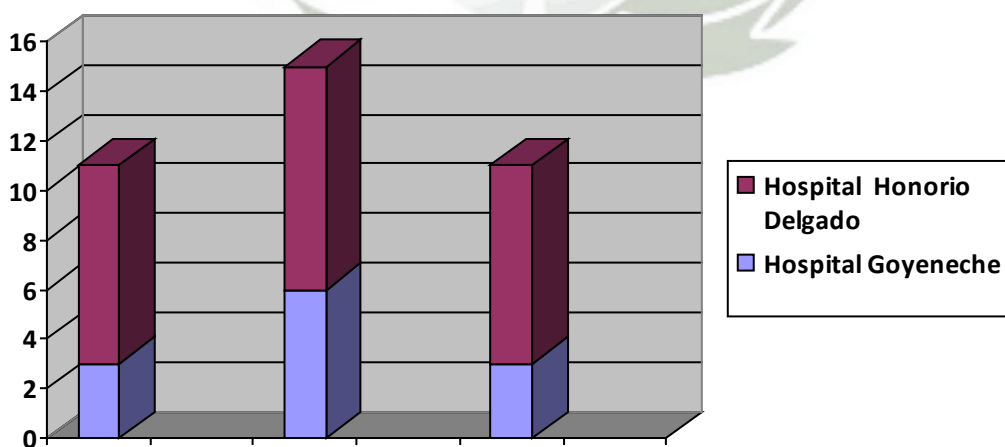
CUADRO No. 6

RELACION ENTRE EL CONOCIMIENTO Y EL CENTRO LABORAL DEL PROFESIONAL SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE PEDIATRAS DE LOS HOSPITALES NIVEL III DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA 2011.

CENTRO LABORAL	CONOCIMIENTO						Total	
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Hospital Goyeneche	3	8.11	6	16.22	3	8.11	12	32.43
Hospital Honorio Delgado	8	21.62	9	24.32	8	21.62	25	67.57
Total	11	29.73	15	40.54	11	29.73	37	100

Fuente: Matriz de recolección de datos

Estadístico **Valor** **P**
Tau de Kendall -0.001 1.0



Como podemos apreciar en el presente cuadro la relación entre el conocimiento y el Centro laboral, se obtuvo que en el hospital Goyeneche las unidades de investigación fueron el 12 (32.43%) del total, habiendo sido calificados con un conocimiento de bueno y deficiente 3 (8.11%) respectivamente. En el hospital Honorio Delgado las unidades de estudio fueron 25 médicos siendo estos el 67.57% del total, habiendo sido calificados como deficiente y bueno 8 (21.62%) respectivamente y 9 (24.32%) con conocimiento regular.

Según el estadígrafo tau de Kendall con una $p > 0.05$ se puede inferir que no existe correlación entre el centro laboral y el conocimiento sobre prevención de caries de infancia temprana.



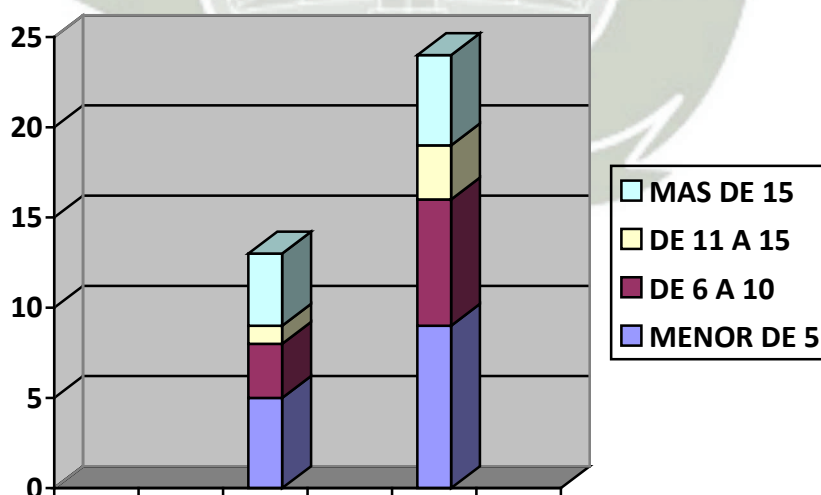
CUADRO No. 7

RELACION ENTRE LA ACTITUD Y LOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
SOBRE PREVENCION DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE PEDIATRAS DE
LOS HOSPITALES DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA 2011.

AÑOS DE EXPERIENCIA	ACTITUD						Total	
	NEGATIVA		INDEFERENTE		POSITIVA			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
MENOR DE 5			5	13.51	9	24.32	14	37.84
DE 6 A 10			3	8.11	7	18.92	10	27.03
DE 11 A 15			1	2.70	3	8.11	4	10.81
MAS DE 15			4	10.81	5	13.51	9	24.32
Total			13	35.14	24	64.86	37	100.00

Fuente: Matriz de recolección de datos

Estadístico **Valor** **P**
Tau de Kendall -0.0.38 0.805



Como podemos apreciar en el presente cuadro, el 64.86% obtuvieron una actitud buena y el 35.14% fue indiferente, sin embargo al cruzarlo con los años de experiencia 14 médicos (37.84%) tuvieron menos de 5 años de experiencia, y de ellos 9(24.32%) fueron catalogados como actitud POSITIVA; 9 galenos con mas de 15 años de ejercicio de la especialidad 5(13.51%) tuvieron una actitud positiva frente a prevención de caries de inicio temprano.

El estadígrafo tau de Kendall con una $p > 0.05$ se puede inferir que no existe relación entre los años de experiencia del pediatra y la actitud frente a prevención de caries de infancia temprana.



CUADRO No. 8
**RELACION ENTRE LA ACTITUD SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DE INFANCIA
TEMPRANA DE PEDIATRAS Y EL CENTRO HOSPITALARIO DONDE LABORAN
AREQUIPA 2011.**

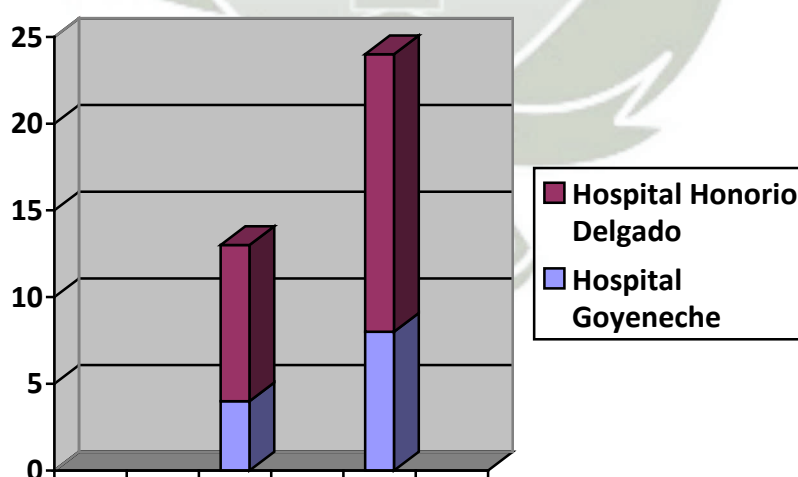
HOSPITAL	ACTITUD						TOTAL	
	NEGATIVA		INDEFERENTE		POSITIVA			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Hospital Goyeneche			4	10.81	8	21.62	12	32.43
Hospital Honorio Delgado			9	24.32	16	43.24	25	67.57
Total			13	35.14	24	64.86	37	100.00

Fuente: Matriz de recolección de datos

Estadístico
Tau de Kendall

Valor
-0.0.26

P
0.873



Como podemos apreciar en el presente cuadro, la relación existente entre la actitud de los médicos según el lugar donde laboran, se obtuvo lo siguiente: en el hospital Goyeneche, con un total de 12 médicos (32.43%) **obtuvieron 8 (21.62%) una actitud positiva** y 4 (10.81%) una actitud indiferente. Sin embargo en el hospital Honorio Delgado 25 pediatras (67.57%) tuvieron **16 médicos (43.24%) una actitud positiva**. Según el estadígrafo tau de Kendall para evaluar la correlación entre el centro laboral y la actitud sobre prevención de caries de infancia temprana se puede inferir que no hay correlación ($p > 0.05$)



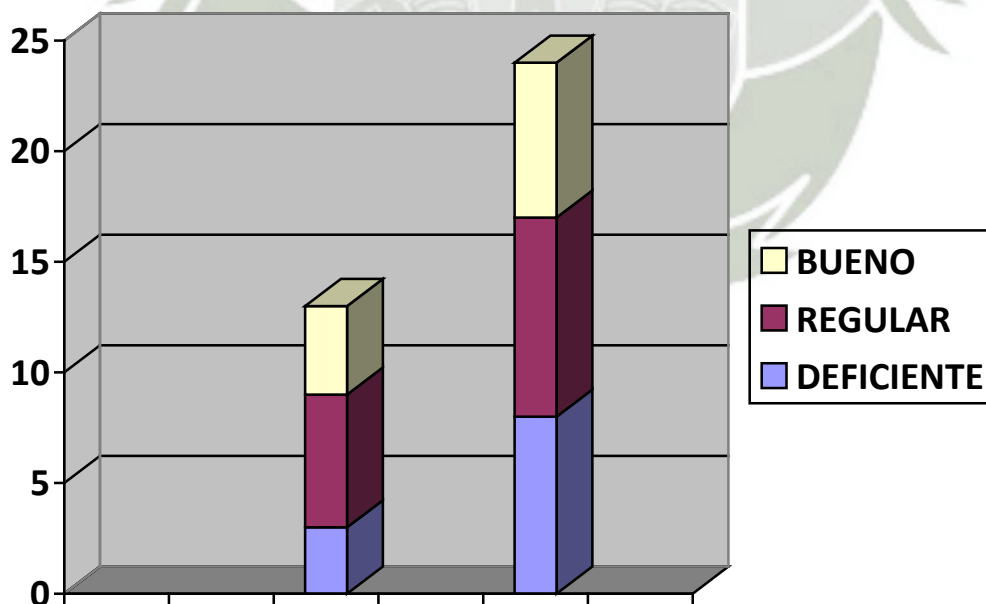
CUADRO No. 9

**RELACION ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD SOBRE PREVENCIÓN DE
CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE PEDIATRAS DE LOS HOSPITALES DEL
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA. 2011**

	ACTITUD						Total	
	NEGATIVA		INDIFERENTE		POSITIVA			
CONOCIMIENTO	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
DEFICIENTE			3	8.11	8	21.62	11	29.73
REGULAR			6	16.22	9	24.32	15	40.54
BUENO			4	10.81	7	18.92	11	29.73
TOTAL			13	35.14	24	64.86	37	100.00

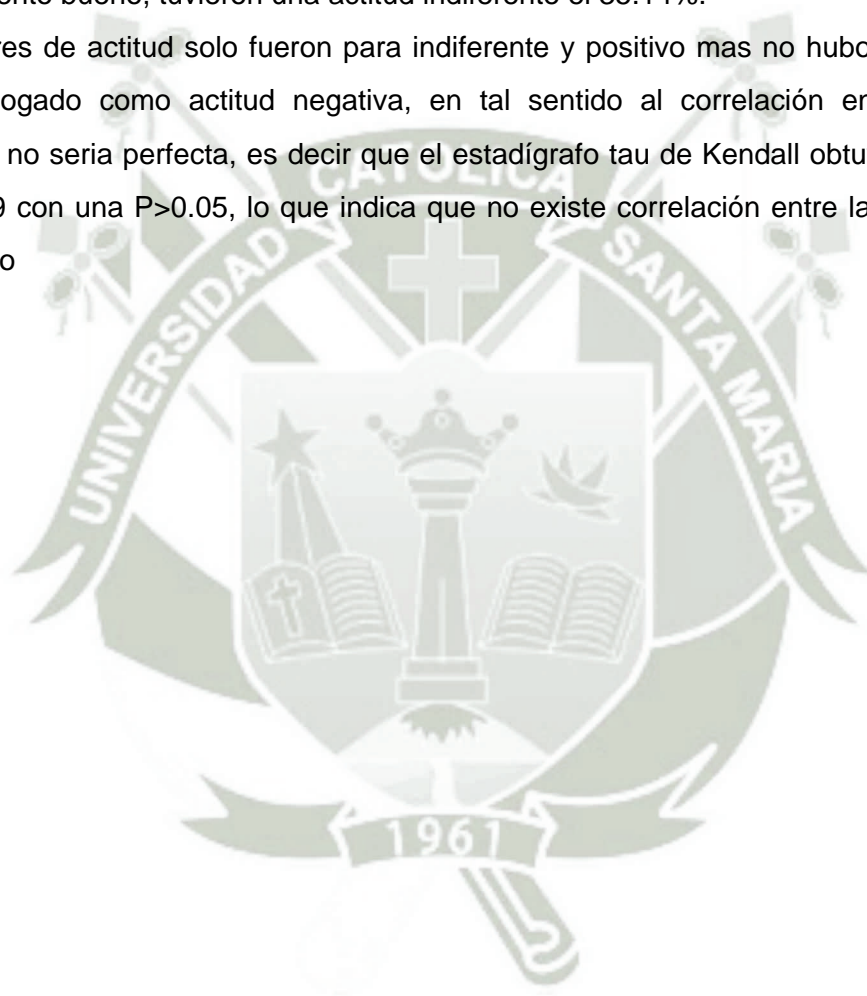
Fuente: Matriz de recolección de datos

Estadístico	Valor	P
Tau de Kendall	-0.0.69	0.647



Como podemos apreciar en el presente cuadro, sobre la relación existente entre el conocimiento y la actitud sobre prevención de caries de infancia temprana se puede identificar que el 29.73% de los pediatras tuvieron un conocimiento deficiente, pero el 21.62% tuvieron una actitud positiva; y el 29.73% quienes tuvieron un nivel de conocimiento bueno, tuvieron una actitud indiferente el 35.14%.

Los valores de actitud solo fueron para indiferente y positivo mas no hubo nadie que fue catalogado como actitud negativa, en tal sentido al correlación entre ambas variables no seria perfecta, es decir que el estadígrafo tau de Kendall obtuvo un valor de -0.069 con una $P > 0.05$, lo que indica que no existe correlación entre las variables en estudio



DISCUSION Y COMENTARIOS

El pediatra es la primera persona en interrelacionar con el niño es por eso que el estudio de la relación entre el Conocimiento y Actitud sobre prevención de caries de Infancia temprana se hace de vital importancia pues de acuerdo a un conocimiento adecuado de parte del profesional se podría evaluar tempranamente, diagnosticar y sobre todo prevenir esta enfermedad y otras que afecten la salud bucal del niño.

El presente estudio tiene como población a los Pediatras de los Hospitales Nivel III del Gobierno Regional de Arequipa, (Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital Goyeneche), los cuales constituyen centros donde la docencia y la investigación son tan importantes como la atención especializada.

Los resultados nos permiten afirmar que la mayoría de los pediatras presenta un nivel de conocimiento regular sobre Caries de Infancia Temprana como podemos apreciar en el cuadro 2.

Estudios realizados en diferentes poblaciones han obtenido resultados similares al presente. Bomfim y cols, determinaron que los conocimientos acerca de las medidas preventivas de caries dental de los pediatras afiliados a la Academia Americana de Pediatría, eran insuficientes.

En el Perú, Anticona C. (2006). evaluó los conocimientos de 72 médicos pediatras del Instituto de Salud del Niño (Perú), respecto a caries de la primera infancia el 65% presentaron un nivel de conocimientos regular, además, Contreras (2003). evaluó los conocimientos de 24 médicos pediatras de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal infantil, encontrando que el 37.5% presentaba conocimientos deficientes⁶⁸.

Al considerar el factor años de experiencia, en el cuadro 5, se observa que el 37.84% que eran los pediatras que tuvieron menos de 5 años de experiencia, 6 médicos fueron evaluados con conocimiento "bueno". Los médicos con mas de 15 años de experiencia fueron 9(24%), habiendo sido evaluados como deficiente, regular y bueno 3 por categoría. El hecho que los profesionales más jóvenes tengan un mejor nivel de conocimiento podría deberse al fácil acceso a información científica internacional y a los diversos recursos educativos disponibles en los últimos años.

⁶⁸ Koranyi K, Rasnake L, Tarnowski K. Nursing bottle weaning and prevention of dental caries: a survey of pediatricians. *Pediatr Dent* 1991 Jan-Feb;13(1):32-40.

Contreras (2003). encontró una asociación inversa significativa entre el nivel de conocimiento y el tiempo de experiencia profesional. Wender reportó que los pediatras más jóvenes demostraban mejor nivel de conocimiento en el área odontológica que sus demás colegas.

En cuanto al conocimiento sobre la etiología de caries de Infancia Temprana el 51% de pediatras no cuentan con los conocimientos de los factores que están asociados a la producción de caries dental en infantes, mientras que el 41% no conoce la bacteria que causa la caries dental y el 32% no sabe sobre los alimentos cariogénicos para el infante. Además Subira y cols, determinaron que la presencia de *Streptococcus mutans* tiene mayor relación con la prevalencia de caries que otras variables, como el uso de fluoruros o la frecuencia de cepillado.

Koranyi (1991) estudió la frecuencia con que el pediatra recomendaba una edad para el retiro del biberón, encontrando que la mayoría de los pediatras recomendaba dejar el biberón a partir de los 12 a 16 meses por diferentes motivos, entre ellos la prevención de caries⁶⁹

En cuanto a conocimiento en prevención de Caries de Infancia Temprana, se hallaron que el 32% de entrevistados no conocen la edad ideal para realizar la primera consulta odontológica, mientras que un 41% no conoce los efectos de no tratar la CIT y un 59% conoce las consecuencias de no tratar la lesión de caries. La edad ideal para la primera visita odontológica es entre los 6 y 12 meses que concuerda con la erupción del primer diente, recomendación brindada por la Academia Americana de Pediatría y la Academia Americana de odontología Pediátrica. En nuestro medio todavía se conserva la idea de que el niño debe ser llevado al odontólogo a partir de 3 años de edad o cuando sea capaz de colaborar con el tratamiento. Sánchez y cols encontraron que un bajo porcentaje de médicos consideran que la primera visita del niño al odontólogo debe ser en el primer año de edad. Es preocupante que un 41% de pediatras no conocen los efectos de la Caries de Infancia Temprana, debido a esta falta de conocimiento no le dan la importancia debida, y no remiten al paciente niño al odontólogo para tratar dicha lesión.

Se encontró que el 50% de encuestados conocen que la fluorización del agua potable y el barniz de flúor son las formas de administración más adecuadas para el infante,

⁶⁹ Campodónico C. Relación del uso de fluoruros y la prevalencia de caries dental en niños de 0 a 42 meses de edad atendidos en Consulta Pediátrica Externa del Policlínico Santa Rosa del distrito de Comas y del Hospital Nacional Cayetano Heredia del distrito de San Martín de Porras durante los meses de diciembre de 1995 y enero de 1996. Tesis de grado de bachiller, UPCH; 2002

aunque hay distintas opiniones respecto a la edad ideal para iniciarla. Estas diferencias pueden deberse a la ausencia de lineamientos y guías de orientación disponibles.

En cuanto al antibiótico de primera elección el 76% ha señalado correctamente que la medicación para tratar las infecciones odontológicas producidas por caries dental es la penicilina.

En este estudio, en el cuadro 4 encontramos que los pediatras tienen una actitud positiva sobre Caries de Inicio Temprano. Ellos reconocen la importancia de la salud oral en los infantes y el rol significativo que pueden cumplir en la prevención de caries dental. En efecto la mayoría considera importante referir a los pacientes donde el odontólogo y estarían dispuestos a examinar los dientes durante las consultas de control del niño sano.

El estudio realizado por Contreras valora la actitud en dos niveles, adecuada e inadecuada, mientras que el presente trabajo, categoriza la actitud en positiva, indiferente y negativa, según lo recomendado por la escala de actitudes de Lickert.

En este estudio, sobre la relación existente entre el conocimiento y la actitud sobre prevención de caries de inicio temprano podemos apreciar en el cuadro 9, que el 29.73% de los pediatras tuvieron un conocimiento deficiente, pero el 21.62% tuvieron una actitud positiva; y el 29.73% quienes tuvieron un nivel de conocimiento bueno, tuvieron una actitud indiferente el 35.14%.

Los valores de actitud solo fueron para indiferente y positivo mas no hubo nadie que fue catalogado como actitud negativa.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que la deficiencia de conocimientos contribuye en la disposición de los pediatras a informar sobre salud oral y prevención de Caries de Infancia Temprana, diagnosticar caries y referir a sus pacientes al odontólogo en forma temprana.

Como una característica adicional de la muestra, cabe destacar que la mayoría de pediatras percibió su nivel de conocimiento en salud oral como regular, frente a esto, todos concuerdan con la necesidad de recibir mayor información sobre Caries de Infancia Temprana en su formación médica.

CONCLUSIONES

Primero: La evaluación respecto al conocimiento sobre prevención de caries de infancia temprana en los pediatras de los Hospitales Nivel III del Gobierno Regional de Arequipa tuvieron una calificación de **regular** que representa el 40.54%; **deficiente** y **bueno** en el 29.73% para ambos casos.

Segundo: La evaluación respecto a la actitud sobre prevención de caries de infancia temprana en los pediatras de los hospitales de Arequipa tuvieron una evaluación de “positiva” en el 64.87% e indiferente en el 35.13% de los casos, no se ha registrado a ningún pediatra con actitud negativa; fue evaluado mediante la escala de lickert

Tercero. Se concluye que la relación entre el conocimiento y la actitud sobre prevención de caries de infancia temprana en los pediatras de los hospitales del gobierno regional de Arequipa del nivel III de atención, mediante el estadígrafo tau de kendall = 0.069 y $p > 0.05$, se infiere que no existe relacion entre ambas variables, toda vez que los pediatras que tuvieron conocimientos tanto deficiente, regular yy bueno, presentaron una actitud indiferente y positiva en porcentajes que no tuvieron diferencias significativas.

RECOMENDACIONES

- Primero:** A nivel de formación profesional, se recomienda realizar las coordinaciones necesarias con otras especialidades relacionadas con la salud bucal como pediatría, educación inicial, otorrinolaringología, etc. a fin de impartir conocimientos sobre caries de infancia temprana
- Segundo :** A nivel del ejercicio profesional y aplicación practica, formalizar un protocolo de atención preventiva en todas las áreas relacionadas con la salud bucal.
- Tercero:** A nivel de línea de investigación asociar los conocimientos con otras áreas que trabajen con niños y que por su función vean el aparato estomatognático, como por ejemplo relacionar con los del conocimiento de los otorrinolaringólogos, los cirujanos de cabeza y cuello, etc.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ander-Egg E. Introducción a las Técnicas de Investigación Social. 1 ed. Buenos Aires. Humanitas editores; 1978

Bowen W, Pearson S, Rosalen P, Miguel J, Shih A. Assessing the cariogenic potential of some infant formulas, milk and sugar solutions. J Am Dent Assoc 1997; 128:865-71.

Chavarro I. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo: Posibles factores asociados. Pediatría 2000 Marzo; 35(1): 32-34

Calixto F. Reynaldo W. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. Pesqui Odontol Bras 2001 Jul- Sept; 15(3)

Campodónico C. Relación del uso de fluoruros y la prevalencia de caries dental en niños de 0 a 42 meses de edad atendidos en Consulta Pediátrica Externa del Policlínico Santa Rosa del distrito de Comas y del Hospital Nacional Cayetano Heredia del distrito de San Martín de Porras durante los meses de diciembre de 1995 y enero de 1996. Tesis de grado de bachiller, UPCH; 2002

Casamassimo P, Holt K, Guide for oral health risk assessment training. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC. 2003

Contreras N. Conocimientos y actitudes del Pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima – Perú. Tesis Especialidad en Odontopediatría, UPCH; 2003.

Correa M. Aleitamento artificial. In : Odontopediatria na primeira infancia . Sao Paulo: Santos; 1999

David M, Krol M. Educating Pediatricians on children's Oral Health: Past, Present, and future. Pediatrics 2004 May 1; 113 (5) : 487- 492.

Dilley G, Dilley D, Machen J. Prolonged nursing habit: a profile of patients and their families. J Dent Child 1980; 47: 102-108.

Elías Podestá M. Disminuir la prevalencia de caries dental requiere trabajo multidisciplinario. Diario Gestión Médica (serie en Internet) 2004 Oct. Disponible en: <http://www.gestion.com.pe>

Erickson P, Thomas H. A survey of the American Academy of Pediatric Dentistry membership : infant oral health care . Pediatr Dent 1997 Jan-Feb; 19(1):17-21.

Fernandez de Pinedo I. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert (monografía en Internet) Centro de Investigación y Asistencia Técnica – Barcelona. Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm

Hale K. Early risk assessment can lead to better oral health. AAP News 2003 May 1; 22(5): 202 – 204

Holt K, Barzel R. A health professional's guide to pediatric oral health management. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC. 2003

Iwamoto C. Relación entre la prevalencia de caries dental y el tipo de azúcar consumido en la dieta en una población infantil de 12 a 42 meses de edad que asisten al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Policlínico Santa Rosa y al Policlínico Angamos en Lima, Perú, 1996. Tesis de grado de bachiller, UPCH; 1996

Jones K, Tomar S. Estimated Impact of Competing Policy Recommendations for Age of First Dental Visit. Pediatric 2005 Apr 1;115(4): 906-914.

Jones E. Fundamentos de la psicología social. México. Limusa; 1995

Juambeltz J, Kula K, Perman J. Nursing caries and lactose intolerance. J. Dent Child 1993 Nov-Dec: 377-384.

Koranyi K, Rasnake L, Tarnowski K. Nursing bottle weaning and prevention of dental caries: a survey of pediatricians. Pediatr Dent 1991 Jan-Feb; 13(1):32-4.

Lamas M, Caries de infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Profesión dental 1999 Jun; 2 (6): 362-368.

Lewis C, Grossman D, Domoto P, Deyo R. The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. Pediatrics. 2000 Dec; 106(6):84-88.

Mampar García M. Administración de servicios de enfermería. Madrid. Masson Salvat; 1994

Mello T, Antunes J. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (3): 829-35.

Mouradian W, Reeves A, Kim S, Evans R, Schaad D, et al. An Oral Health Curriculum for Medical Students at the University of Washington. Acad. Med 2005 May 1; 80(5):434-442.

Moya de Calderón Z. Caries de la Infancia Temprana. Cultur Odontol. 2000 :6-8 67.

Onozuka M, Watanabe K, Marbod S. Reduced mastication stimulates impairment of spatial memory and degeneration of hippocampal neurons in aged SAMPS mice. Brain Res. 1999; 826: 148-153.

Pires dos Santos A. Mendes V. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. Pesqui Odontol Bras 2002 Jul- Sep; 16 (3):143-146.

Policy Statement Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home. Section on Pediatric Dentistry. Pediatrics 2003 May ; 111(5): 1113-1116

Reisine S, Douglass J. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26 (1): 32-44.

Reynolds E, Del Río A. Effect of casein and whey-protein solutions on caries experience and feeding patterns of the rat. Arch Oral Biol 1984; 29: 927-933.

Ripa, L. Nursing habits and dental decay in infants: Nursing bottle caries. J Dent Child, 1978; 45(4): 274-275.

Roses M. La estrategia AIEPI y las Metas del Milenio para el Desarrollo. Noticias sobre AIEPI 2003 Mar, 9: 1-3

Saldarriaga A, Saldarriaga O. El médico general y el Pediatra. Rev Fed Odontol Colomb 2002 Oct- Dic ; 204(4): 7- 13

Sanchez O, Childers N, Fox L. Physicians' views on pediatric preventive dental care. Pediatr Dent 1997 Sept-Oct; 19(6):377-83

Savage M, Lee J, Kotch J, Vann W. Early Preventive Dental Visits: Effects on Subsequent Utilization and Costs. Pediatrics 2004 Oct 1; 114(4): 418 - 423.

Twetman S, García-Godoy . Salud oral del lactante. Editorial Mc Graw Hill Clínicas odontológicas de Norteamérica; 2000. p 123- 127.

Valle D, Modesto A, Souza I . Hábitos alimentares e prevalencia da doença carie em
bebes. Rev Bras Odontol 2001; 58(5): 332-5

Villena M. 1994. Introducción del azúcar en la dieta y su frecuencia de consumo en
niños de 0 a 36 meses de edad. Tesis para optar el grado de bachiller, UNMSM.

Walter L, Ferelle A, Issao M. Odontología para o bebé. Sao Paulo: Artes médicas:
1997



ANEXOS



ANEXOS

Cuestionario

CUESTIONARIO PARA LOS PEDIATRAS

El presente cuestionario es ANÓNIMO. Agradeceré mucho su colaboración al contestar las preguntas de manera objetiva.

Instrucciones

Marcar con un aspa la respuesta correcta.

1ª parte

1. Tiempo de ejercicio profesional:

a) _____ años

2. Hospital en el que labora :

2ª parte

Marcar con un aspa la respuesta correcta.

1 ¿Cuál de los siguientes factores no está asociado a la producción de caries dental en infantes?

- a) Defectos del esmalte
- b) Herencia
- c) El amamantamiento frecuente y prolongado
- d) Ingestión frecuente de alimentos ricos en carbohidratos
- e) Trauma dentoalveolar

2. ¿Cuál es la principal bacteria causante de la caries dental

- a) Streptococcus oralis
- b) Streptococcus salivarius
- c) Streptococcus mutans
- d) Lactobacillus acidouphilus
- e) Ninguna de las anteriores

3. ¿Cuál de estos alimentos es el más cariogénico para el infante?

- a) Leche materna
- b) leche de fórmula
- c) leche evaporada
- d) leche evaporada endulzada
- e) gaseosa

Prevención

4. ¿Cuándo se debe iniciar la higiene bucal en el infante?

- a) 3 meses
- b) cuando el niño pueda sentarse y cooperar
- c) cuando el infante sea consciente y comprenda la importancia de la higiene bucal
- d) desde el nacimiento
- e) desde la erupción del primer diente

5. ¿Qué elementos de higiene bucal sería(n) el (los) mas adecuado(s) para un infante de 9 meses?

- a) gasa embebida con agua hervida
- b) cepillo dental solo
- c) cepillo y pasta dental
- d) cepillo y bicarbonato de sodio
- e) a esa edad todavía no es necesario realizarle la higiene bucal

6. ¿Cuándo se debe iniciar la fluorización en el infante?
- a) desde el nacimiento
 - b) cuando erupciona el primer diente
 - c) a los 2 años
 - d) a los 3 años, cuando han erupcionado todos los dientes temporales
 - e) ninguna de las anteriores
7. ¿Cuál es la mejor forma de administración de flúor para los infantes?
- a) flúor prenatal vía sistémica
 - b) fluoración del agua potable
 - c) flúor tópico en forma de barniz de flúor
 - d) flúor tópico en forma de gel
 - e) b y c
8. ¿Cuál es la edad ideal, para realizar la primera consulta odontológica?
- a) desde el nacimiento
 - b) entre los 6 y 12 meses
 - c) cuando el niño pueda sentarse solo
 - d) cuando el niño pueda colaborar con el tratamiento odontológico
 - e) no mayor de los 3 años
9. ¿Qué sucede cuando no se trata una lesión de caries?
- a) Se puede caer el diente
 - b) La caries avanzará a través del esmalte hasta la dentina
 - c) Dependiendo del sistema inmunológico del infante, la caries se detendrá o avanzará
 - d) la caries llegará a entrar al torrente sanguíneo
 - e) Todas las anteriores

10. En caso de tratar infecciones odontogénicas producidas por caries dental ¿Cuál es el antibiótico de primera elección?

- a) amoxicilina
- b) azitromicina
- c) doxiciclina
- d) penicilina
- e) dicloxacilina

3ª parte

Lea cada frase enunciada en el recuadro y marque una de las alternativas planteadas:

TA: Totalmente de acuerdo

A: De acuerdo

I: Indiferente

D: En desacuerdo

TD: Totalmente en desacuerdo

Recuerde que no existe respuesta buena o mala.

	TA	A	I	D	TD
El pediatra debe ser el principal proveedor de información y consejo sobre salud oral de los infantes	TA	A	I	D	TD
El pediatra debe examinar los dientes y realizar el diagnóstico de caries dental en las consultas de control del niño sano	TA	A	I	D	TD
Usted remitiría al infante donde el odontólogo solo cuando se observen lesiones cariosas	TA	A	I	D	TD
¿Usted examinaría los dientes a sus pacientes infantes, buscando signos de caries	TA	A	I	D	TD
¿Usted asesoraría o brindaría consejo sobre prevención de caries a los padres de sus pacientes infantes	TA	A	I	D	TD
6. Como parte de su práctica regular, ¿Usted referiría al paciente infante donde el odontólogo para consultas de prevención?.	TA	A	I	D	TD



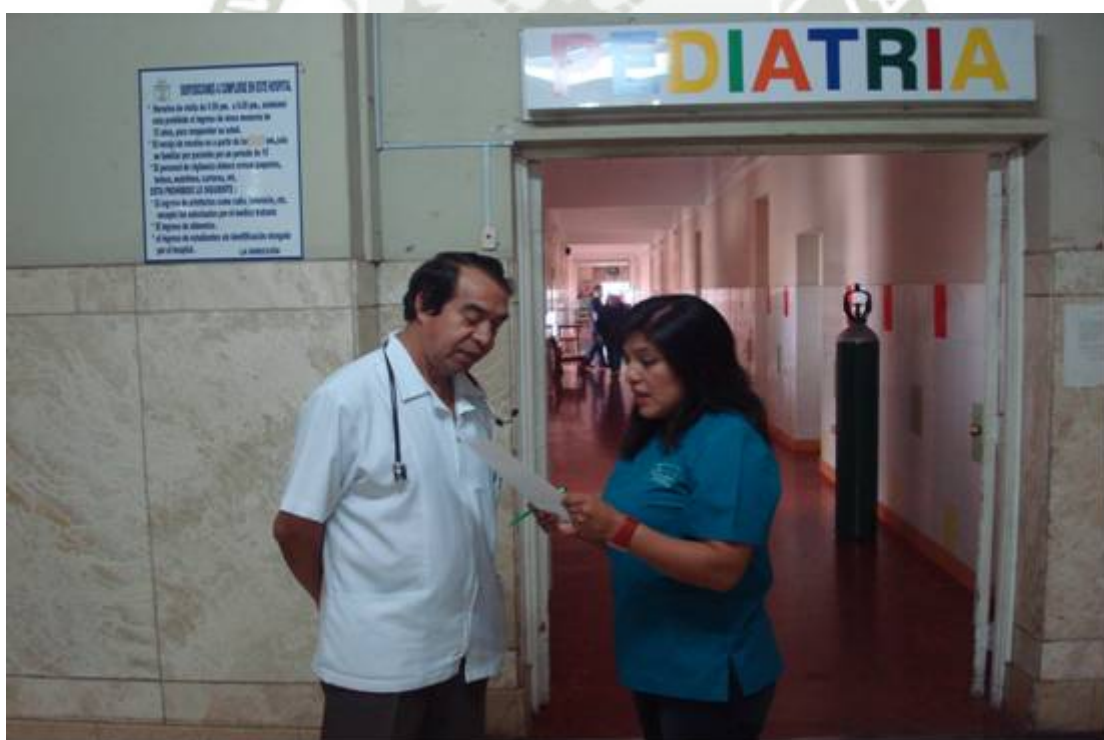
SALA DE HOSPITALIZACION PEDIATRIA HOSPITAL HONORIO DELGADO



CON LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO: DRA NORMA MIRANDA



CON EL DOCTOR EDGAR QUEA REALIZANDO LA ENCUESTA



CON EL DR. GILDO RUBATINO REALIZANDO LA ENCUESTA



SALA DE HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ



CON LA DRA. CLAUDIA MESTAS REALIZANDO LA ENCUESTA



CON LA DRA. PATRICIA ANGULO REALIZANDO LA ENCUESTA

